

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
CAMPUS DE LONGUEUIL

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
CAROLINE WALKER

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DE L'EFFICACITÉ
DU VOLET PARENTAL D'UNE INTERVENTION BASÉE
SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES
ENFANTS ET LEURS PARENTS

JANVIER 2019

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
CAMPUS DE LONGUEUIL

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DE L'EFFICACITÉ
DU VOLET PARENTAL D'UNE INTERVENTION BASÉE
SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES
ENFANTS ET LEURS PARENTS

PAR
CAROLINE WALKER

Fabienne Lagueux
Codirectrice du mémoire doctoral

Université de Sherbrooke

Véronique Parent
Codirectrice du mémoire doctoral

Université de Sherbrooke

Guyline Côté
Membre du jury

Université de Sherbrooke

Simon Grégoire
Membre du jury

Université du Québec à Montréal

Sommaire

Les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) pour les enfants sont de plus en plus répandues. Or, bien que les résultats de méta-analyses démontrent que ces interventions semblent produire des effets bénéfiques sur la santé mentale des enfants, les résultats varient d'une étude à l'autre. Ceci pourrait être en partie attribuable au fait que les protocoles d'intervention ne sont pas uniformes (p. ex., inclusion ou non d'un volet de l'intervention destiné aux parents ou volet parental) et que les chercheurs documentent peu les différents aspects de leur implantation. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet d'évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'une IBPC pour les enfants (8 à 12 ans) et leurs parents. Offerte en 2017 à la Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et en adolescence de l'Université de Sherbrooke, cette IBPC est une adaptation de l'intervention de Deplus et Lahaye (2015). Elle comprend un volet parental dont l'objectif est de soutenir les parents dans l'accompagnement de leur enfant. L'étude a pour buts d'évaluer l'implantation de ce volet parental et d'en explorer l'efficacité. D'une part, elle vise à documenter la logique opérationnelle qui le sous-tend. D'autre part, cette étude vise à mesurer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité préliminaire du volet parental ainsi que la fidélité de son implantation en ciblant 16 indicateurs. Cette étude s'appuie sur un devis mixte, impliquant des données quantitatives et qualitatives. Dix parents et trois intervenants ont participé à l'étude. Sept instruments de mesure (p. ex., questionnaires, grille d'observations, journal de bord) ont servi à recueillir les données. Les résultats de cette étude portant sur le volet parental révèlent qu'il est faisable d'implanter cette intervention dans une clinique universitaire. De plus, les parents et les intervenants

rapportent qu'il s'agit d'une intervention acceptable, comme en témoignent leurs niveaux de satisfaction générale et de satisfaction par rapport au contenu, aux moyens, à l'animation ainsi qu'au climat de groupe. De surcroît, les parents rapportent que le volet parental est utile pour comprendre l'IBPC à laquelle leur enfant participe et pour faciliter son accompagnement. Les résultats de cette étude montrent également que les parents constatent des changements positifs dans divers domaines de leur vie quotidienne (p. ex., capacité à porter attention à leur enfant, qualité de la relation parent-enfant) à la suite de leur participation au volet parental. En revanche, les résultats relatifs aux changements dans les capacités de pleine conscience des parents varient. Par exemple, bien que la majorité des parents rapportent une amélioration de leur capacité de pleine conscience, la moitié d'entre eux perçoivent une détérioration de leur capacité de non-jugement. Pour la fidélité de l'implantation, les résultats montrent que les intervenants sont en mesure de respecter le protocole suggéré (contenu et processus) et que les parents participent activement. Cette étude se démarque puisqu'elle permet de décrire schématiquement la logique opérationnelle qui sous-tend le volet parental (p. ex., activités et processus fondamentaux, facteurs contributifs, effets). De plus, cette étude se distingue car elle permet de documenter les principaux aspects liés à son implantation à l'aide d'une variété d'indicateurs. Finalement, des recommandations pour améliorer le volet parental sont formulées (p. ex., encourager l'apprentissage « expérientiel » et prendre en considération les éléments propres au groupe).

Mots-clés : Intervention basée sur la pleine conscience, parents, implantation, faisabilité, acceptabilité, fidélité, efficacité

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des abréviations	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	7
Définition de la pleine conscience	8
Description des interventions basées sur la pleine conscience	14
Modèles théoriques pour l'évaluation d'interventions	17
Études d'évaluation d'IBPC pour les jeunes et leurs parents	22
Objectifs de recherche	38
Méthode de recherche	39
Devis de recherche	40
Participants	43
Intervention	46
Déroulement de la recherche	54
Instruments de mesure	55
Mode d'analyse des données	60
Considérations éthiques	62
Résultats	63
Dimension descriptive	64
Dimension évaluative	67
Discussion	94
Description du volet parental	95
Évaluation de l'implantation et exploration de l'efficacité	96
Recommandations pour améliorer le volet parental	108
Forces, limites et pistes de recherche future	115

Retombées cliniques de l'étude.....	122
Conclusion	124
Références	128
Appendice A. Documents liés au recrutement.....	138
Appendice B. Certificat d'éthique	146
Appendice C. Formulaires d'information et de consentement.....	148
Appendice D. Questionnaire d'informations générales	160
Appendice E. Feuille de présence	163
Appendice F. Questionnaire d'évaluation de la satisfaction (QÉS).....	165
Appendice G. Journal de bord (JB).....	168
Appendice H. Grille d'observations (GO)	171
Appendice I. Questionnaire d'évaluation de l'utilité (QÉU)	174
Appendice J. <i>Five Facets Mindfulness Questionnaire</i> – en français (FFMQ).....	177

Liste des tableaux

Tableau

1 Description des indicateurs de la fidélité de l'implantation	22
2 Synthèse du plan d'évaluation	42
3 Thèmes et objectifs des séances d'intervention du volet parental	50
4 Description des objectifs des activités pratiques	52
5 Synthèse du déroulement de la recherche.....	55
6 Nombre de questionnaires complétés et nombre total de questionnaires.....	68
7 Taux de changement moyens dans la pleine conscience et ses facettes	90

Liste des figures

Figure

- 1 Types d'expériences auxquelles la pleine conscience s'intéresse.9
- 2 Modèle logique du volet parental de l'IBPC pour les enfants et leurs parents...66

Liste des abréviations

CEIEA :	Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et en adolescence de l'Université de Sherbrooke
FFMQ :	<i>Five Facets Mindfulness Questionnaire</i>
GO :	Grille d'observations
IBPC :	Intervention basée sur la pleine conscience
IMPS :	<i>Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale</i>
JB :	Journal de bord
MAAS :	<i>Mindfulness Attention Awareness Scale</i>
MBCT :	Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>)
MBSR :	Programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (<i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i>)
MSES-R :	<i>Mindfulness Self-Efficacy Scale</i>
QÉS :	Questionnaire d'évaluation de la satisfaction
QÉU :	Questionnaire d'évaluation de l'utilité
SFP :	<i>Strengthening Families Program</i>
TDA/H :	Trouble déficit d'attention/hyperactivité
TSA :	Trouble du spectre de l'autisme

Remerciements

M'inspirant du proverbe africain qui dit : « Il faut tout un village pour élever un enfant. », j'affirmerais : « Il faut toute une famille pour compléter un mémoire doctoral ». Pour mener à bien ce projet, j'ai eu la chance d'être entourée de plusieurs personnes que je tiens à remercier.

Tout d'abord, merci à mes directrices, Fabienne Lagueux et Véronique Parent, de m'avoir fait confiance et de m'avoir encadrée. J'aimerais aussi remercier mes collègues de l'équipe de recherche pour leur soutien et leur collaboration tout au long de ce projet.

Merci également à tous les parents qui ont participé activement aux séances d'intervention et ont rempli les nombreux questionnaires. Sans vous, ce projet n'aurait pas été possible. Vous avez contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine des interventions basées sur la pleine conscience.

De plus, je veux remercier Isabelle pour son appui indéfectible et ses encouragements. Tu m'as permis, chère amie, de garder l'espoir que cette « épreuve olympique » finirait bel et bien un jour.

Finalement, les mots ne seront jamais assez pour remercier ma famille. Tout d'abord, je tiens à exprimer ma gratitude envers mes trois filles, Laurianne, Juliette et Émilie. Sans votre patience, votre compréhension, vos sourires et vos câlins, je n'aurais

jamais pu réorienter ma carrière et mener ce projet à terme. N'ayez pas peur de poursuivre vos rêves!

Enfin, mille mercis à Mike, mon conjoint et mon âme sœur. Merci de croire en moi, de m'écouter et de t'intéresser à tout ce que je fais. Sans toi, je n'aurais sans doute jamais osé faire le grand saut et entreprendre ce doctorat qui me tenait tant à cœur. Ton enthousiasme, ta fierté et tes encouragements m'ont accompagnée et m'ont soutenue tout au long de cette belle et folle aventure. Merci mon trésor!

Introduction

Depuis quelques années, la pleine conscience¹ (*mindfulness*) connaît un succès important tant auprès du public que des professionnels de la santé. Elle est d'ailleurs au cœur de nombreuses thérapies cognitivo-comportementales de 3^e vague. La pleine conscience consiste à porter volontairement attention et à accepter l'expérience vécue dans le moment présent (p. ex., ce que nous ressentons dans notre corps ou nous disons dans notre tête, ce qui se passe dans notre environnement immédiat). Il s'agit donc en quelque sorte de réguler délibérément notre attention pour accueillir ce qui se passe en nous et autour de nous, en adoptant une attitude d'ouverture, de curiosité et de bienveillance (Grégoire & De Mondehare, 2016).

Les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) sont des thérapies souvent offertes en format de groupe. Elles s'appuient sur des méditations formelles (p. ex., des méditations assises) ou informelles (p. ex., faire une activité de la vie quotidienne en étant pleinement présent) ou sur les principes de la pleine conscience. Les IBPC sont des thérapies « expérientielles », car l'apprentissage de la pleine conscience se fait avant tout par la pratique et par la réflexion sur cette pratique ainsi qu'en s'exerçant dans la vie quotidienne. Elles favorisent l'observation, la reconnaissance et l'exploration

¹ Certains auteurs utilisent plutôt l'expression « présence attentive » (Grégoire & De Mondehare, 2016). Comme l'expression « pleine conscience » est très répandue dans les écrits scientifiques francophones, c'est cette dernière qui sera utilisée dans ce mémoire doctoral.

attentives des différentes dimensions de l'expérience psychologique vécue (p. ex., pensées, émotions, sensations corporelles) dans l'ici et maintenant (Heeren & Philippot, 2010). L'objectif poursuivi par les IBPC est de se distancier de cette expérience et de l'accepter comme elle se présente pour éventuellement s'engager dans des actions valorisées (Deplus & Lahaye, 2015; Monestès & Vilatte, 2011).

Initialement développées pour les adultes, les IBPC sont maintenant proposées aux jeunes (enfants ou adolescents) pour traiter différentes problématiques (p. ex., symptômes anxieux et dépressifs, difficultés attentionnelles) ou améliorer leur santé et leur bien-être. Les auteurs de méta-analyses récentes rapportent que des effets positifs pourraient découler de la participation des jeunes à des IBPC (Kallapiran, Koo, Kirubakaran, & Hancock, 2015; Klingbeil et al., 2017; Maynard, Solis, Miller, & Brendel, 2017; Zenner, Herrnleben-Kurz, & Walach, 2014; Zoogman, Goldberg, Hoyt, & Miller, 2015). Les auteurs de ces méta-analyses révèlent entre autres que les IBPC pourraient diminuer les symptômes psychologiques des jeunes (p. ex., stress, anxiété, dépression). Ces auteurs indiquent aussi que les IBPC pourraient améliorer la pleine conscience, l'attention, la santé physique ou le fonctionnement général des jeunes (p. ex., qualité de vie, habiletés sociales).

Bien que les IBPC semblent bénéfiques pour les jeunes, les effets observés chez cette population ne sont pas aussi importants que ceux observés chez les participants des IBPC pour les adultes (Klingbeil et al., 2017; Maynard et al., 2017; Zenner et al., 2014).

Dans ce contexte, il apparaît important, entre autres, de poser un regard critique sur les protocoles d'intervention mis en place et de les évaluer avec rigueur. Sur le plan théorique, plusieurs auteurs reconnaissent l'importance d'impliquer activement les parents pour améliorer l'efficacité des IBPC pour les jeunes (Bögels, Hoogstad, van Dun, de Schutter, & Restifo, 2008; Deplus & Lahaye, 2015; Dumas, 2012; Semple & Lee, 2011; Siaud-Facchin, 2014; Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). Néanmoins, à notre connaissance, peu d'IBPC pour les jeunes y associent une intervention destinée aux parents (volet parental, c.-à-d. au moins une séance pour les parents). De plus, la recherche sur le volet parental des IBPC pour les jeunes et leurs parents¹ débute à peine (Burke, 2010; Simkin & Black, 2014).

En 2015, après plusieurs années d'expériences cliniques et de recherche, Deplus et Lahaye publient un des premiers programmes de gestion des émotions par la pleine conscience pour les jeunes dans le monde francophone. Le volet parental de cette IBPC pour les jeunes et leurs parents comprend deux rencontres individuelles avec les parents et le jeune ainsi que des feuillets d'informations pour les parents. Deplus (2012) postule que le volet parental favoriserait l'implication des parents, l'engagement des jeunes et la généralisation des acquis dans la vie quotidienne. Une première étude visant à évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de l'IBPC de Deplus et Lahaye a permis de montrer qu'elle produirait des effets positifs chez les adolescents qui y prennent part

¹ Pour les fins de ce mémoire doctoral, l'expression « IBPC pour les jeunes et leurs parents » est utilisée lorsque l'IBPC prévoit à la fois un volet pour les jeunes et un volet parental.

(Deplus, Billieux, Scharff, & Philippot, 2016). De plus, ces chercheurs indiquent que cette intervention serait bien acceptée (Deplus et al., 2016). Cependant, Deplus et ses collaborateurs (2016) n'ont pas évalué spécifiquement le volet parental de l'intervention. De surcroît, à notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la description et à l'évaluation exhaustive du volet parental d'une IBPC au stade initial de sa création et de sa mise en place.

Dans ce contexte, l'étude vise à évaluer l'implantation et à explorer l'efficacité du volet parental d'une adaptation de l'IBPC de Deplus et Lahaye (2015) offerte à la Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et en adolescence de l'Université de Sherbrooke (CEIEA) à des enfants de 8 à 12 ans et à leurs parents. En s'appuyant sur les connaissances théoriques et empiriques, cette étude permettra : (1) de documenter le cadre conceptuel du volet parental; et (2) d'analyser sa faisabilité, son acceptabilité, son efficacité préliminaire et la fidélité de sa mise en œuvre. L'étude permettra également d'adapter le volet parental afin qu'il réponde le mieux possible aux besoins cliniques des enfants et de leurs parents tout en respectant le cadre conceptuel de ce type d'intervention.

Ce mémoire doctoral comprend quatre chapitres. L'objectif du premier chapitre est de présenter la documentation pertinente pour l'évaluation d'une IBPC. Plus spécifiquement, la pleine conscience, les IBPC ainsi que les modèles théoriques d'évaluation d'interventions y sont décrits. De plus, des études empiriques d'évaluation d'IBPC pour les jeunes et leurs parents ainsi que les objectifs de la recherche y sont

présentés. Le deuxième chapitre permet d'exposer la méthode utilisée pour l'étude. Il contient les informations relatives au devis de recherche et à son déroulement. Il comprend également des informations sur les participants, l'intervention, les instruments de mesure ainsi que sur le mode d'analyse des données. Ensuite, le chapitre sur les résultats vise à présenter les résultats obtenus de même que les analyses statistiques et qualitatives réalisées pour répondre aux objectifs de l'étude. Le but du quatrième chapitre est de discuter de ces résultats en faisant des liens avec les objectifs de l'étude et les connaissances dans le domaine, incluant les résultats de recherches antérieures. Ce chapitre permet également de suggérer des recommandations pour améliorer le volet parental de l'IBPC pour les enfants et leurs parents offerte à la CEIEA et de discuter des retombées cliniques potentielles. Finalement, les forces et limites de l'étude y sont abordées et des orientations pour les recherches futures dans le domaine y sont proposées.

Contexte théorique

Afin de bien cerner la problématique de l'étude, ce chapitre présente les définitions de la pleine conscience et des interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) ainsi que les modèles théoriques pertinents pour l'évaluation d'interventions. De plus, les principales études empiriques d'évaluation d'IBPC pour les jeunes et leurs parents y sont analysées. Ce chapitre se termine par une présentation des objectifs de recherche.

Définition de la pleine conscience

Même si elle est issue de la tradition bouddhiste, la pleine conscience telle que conceptualisée dans les IBPC est généralement laïcisée, c'est-à-dire qu'elle est exempte de tous référents religieux ou spirituels (Nedelcu & Grégoire, 2016). Dans le monde occidental, Jon Kabat-Zinn est l'un des premiers à proposer une description formelle de la pleine conscience (Heeren, 2011). Il la décrit comme suit : « La pleine conscience signifie *faire attention* d'une manière particulière : délibérément, au moment présent et sans jugements de valeur. » (Kabat-Zinn, 1996, p. 22). Ainsi, la pleine conscience veut dire faire volontairement attention au moment présent, vivre l'instant présent en explorant et en acceptant l'expérience telle qu'elle se présente à nous, sans tenter de la changer (Kabat-Zinn, 2009). Comme illustré à la Figure 1, l'expérience inclut autant ce qui se passe à l'intérieur de nous qu'à l'extérieur de nous (Baer, 2014). De plus, toute expérience – qu'elle soit agréable, désagréable ou neutre – est considérée (Baer, 2014).

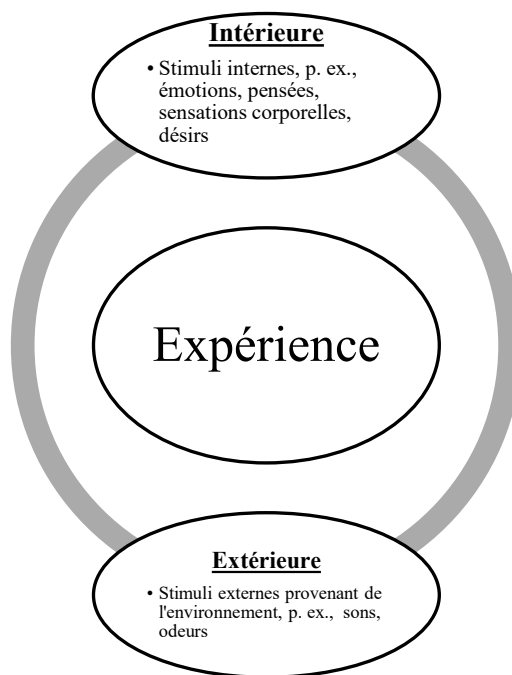


Figure 1. Types d'expériences auxquelles la pleine conscience s'intéresse.

La pleine conscience s'appuie sur des attitudes de base telles que la curiosité, l'ouverture, l'acceptation, le lâcher-prise et la bienveillance (Kabat-Zinn, 2009). Elle est donc une attention volontairement dirigée sur l'expérience présente en adoptant l'attitude du débutant, c'est-à-dire une ouverture d'esprit et une réceptivité à l'égard de tous les possibles (Deplus & Lahaye, 2015). La pleine conscience c'est choisir de prendre une pause du pilote automatique; c'est porter attention à ce que nous vivons au moment où nous le vivons; et c'est accueillir ces expériences intérieures ou extérieures en les laissant exister comme elles sont.

Conceptualisations de la pleine conscience

Selon Baer (2014), la pleine conscience peut être définie comme un état de conscience, un trait – conceptualisation la plus fréquente dans les études qui portent sur la mesure de ce concept (Chiesa, 2013) – ou comme une habileté. Tout d’abord, la pleine conscience peut être vue comme l’état de conscience dans lequel une personne se trouve lorsqu’elle porte volontairement attention à ce qu’elle vit dans le moment présent avec ouverture, acceptation et curiosité (Baer, 2014; Grégoire & De Mondehare, 2016). Pour sa part, la notion de trait fait référence à une disposition universelle ou à une tendance à adopter cet état de conscience dans plusieurs situations et de manière relativement stable dans le temps (Baer, 2014; Grégoire & De Mondehare, 2016). L’intensité de ce trait varie d’une personne à l’autre (Baer, 2014; Grégoire & De Mondehare, 2016). Finalement, lorsque conceptualisée comme une habileté, la pleine conscience s’apparente à un savoir-faire qui peut être développé en pratiquant régulièrement des exercices prévus à cet effet (Baer, 2014). Selon Grégoire et De Mondehare (2016), cette conception est au cœur des IBPC. En effet, ces interventions encouragent les participants à pratiquer la méditation de manière formelle – ci-après méditation formelle (Baer, 2014; p. ex., méditation assise) – ou de manière informelle – ci-après méditation informelle (Baer, 2014; p. ex., appliquer la pleine conscience aux activités quotidiennes telles que se brosser les dents ou manger). En fait, peu importe la manière dont la pleine conscience est définie, les auteurs s’entendent généralement pour dire qu’elle peut être modifiée avec la pratique (Chiesa, 2013; Grégoire & De Mondehare, 2016).

Définitions opérationnelles de la pleine conscience

Il existe plusieurs définitions opérationnelles de la pleine conscience et aucune ne fait consensus (Chiesa & Malinowski, 2011). Pour les fins de ce mémoire doctoral, les définitions opérationnelles suivantes sont retenues : (1) pour les adultes – la définition de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney (2006); (2) pour les jeunes – la définition de Deplus, Lahaye et Philippot (2014); et (3) pour les parents – la définition de Duncan, Coastworth et Greenberg (2009a).

À partir de l'analyse psychométrique des items de cinq questionnaires, Baer et al. (2006) ont fait ressortir cinq facettes de la pleine conscience. Ces facettes sont : (1) l'observation des expériences intérieures et extérieures — remarquer ou porter attention aux différentes expériences vécues; (2) la description de l'expérience intérieure — l'étiqueter avec des mots; (3) la non-réactivité à l'expérience intérieure — permettre aux stimuli internes d'aller et venir, sans s'y attacher ou se laisser emporter par eux, sans les modifier, les supprimer, les éviter; (4) le non-jugement de l'expérience intérieure — adopter une attitude non évaluative par rapport aux expériences vécues; et (5) l'action en pleine conscience — porter attention aux activités du moment, en opposition au pilote automatique (Baer et al., 2008; Heeren, 2011). À partir de ces cinq facettes, Baer et al. (2006) ont développé le *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ), un questionnaire autorapporté dont l'objectif est de mesurer le trait de pleine conscience chez les adultes (Grégoire & De Mondehare, 2016).

En 2014, Deplus et al. synthétisent les éléments de la pleine conscience identifiés à ce jour par divers auteurs et proposent une définition opérationnelle en trois composantes. La première, l'entraînement cognitif, fait référence à des mécanismes cognitifs, c'est-à-dire l'attention et les fonctions exécutives telles que l'inhibition et la flexibilité (Deplus et al., 2014). La deuxième composante, l'orientation vers l'expérience, renvoie à l'adoption d'une attitude d'exploration curieuse et d'accueil face à toute expérience vécue (Deplus & Lahaye, 2015). Cette attitude favoriserait une meilleure conscience des émotions et une prise de distance par rapport aux pensées (Deplus et al., 2014). Finalement, l'engagement dans des actions en lien avec les valeurs fait référence à l'adoption volontaire de comportements qui ont plus de sens pour le jeune, au lieu du recours à des comportements automatiques (Deplus et al., 2014). Cette définition de Deplus et al. peut servir de cadre conceptuel dans le travail auprès des enfants et des adolescents. En effet, elle permet d'explicitier les processus de changement et attitudes impliqués dans la pleine conscience de même que dans les IBPC pour les jeunes et leurs parents.

Kabat-Zinn et Kabat-Zinn (1997) proposent le concept de « pleine conscience parentale » (*mindful parenting*). Selon ces auteurs, ce concept signifie être à l'écoute de l'expérience vécue par son enfant et par soi-même et de sa manière d'être dans la relation parent-enfant d'une façon particulière (intentionnellement, dans le moment présent et sans jugement). La pleine conscience parentale se cultive en perfectionnant, chez le parent, des habiletés d'attention à l'instant présent (Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997). Elle s'appuie

sur trois valeurs qui guident la manière d'être du parent : le respect de la souveraineté (vraie nature), l'empathie et l'acceptation de soi, envers soi et envers son enfant (Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997). Il s'agit d'une habileté intra et interpersonnelle qui se développe en introduisant les concepts et pratiques de la pleine conscience dans la parentalité et dans la relation parent-enfant. Sur le plan opérationnel, selon Duncan et al. (2009a), la pleine conscience parentale comprend cinq dimensions pour le parent : (1) écoute de son enfant avec attention (autant le contenu que la forme de ce qui est communiqué); (2) autorégulation émotionnelle et comportementale dans la relation parent-enfant; (3) acceptation de soi et de son enfant, sans jugement; (4) conscience émotionnelle de soi et de son enfant; et (5) compassion envers soi et son enfant.

En conclusion, bien que la pleine conscience tire son origine des traditions bouddhistes et contemplatives ancestrales, elle est présente chez tous les êtres humains à des degrés divers et peut être développée avec la pratique (Chiesa, 2013; Kabat-Zinn, 2003). Elle résulte du maintien de l'attention sur les données sensori-motrices, cognitives et émotionnelles en adoptant une attitude de non-jugement et de compassion (Heeren & Philippot, 2010). Deplus et al. (2014) postulent que la pleine conscience pourrait avoir un impact sur divers processus psychologiques problématiques communs à plusieurs troubles mentaux. Par exemple, elle pourrait avoir une influence sur : (1) les biais attentionnels, c'est-à-dire la captation automatique de l'attention par des stimuli particuliers, comme les préoccupations face à l'avenir ou les ruminations par rapport au passé; et (2) l'évitement expérientiel, c'est-à-dire tenter de supprimer ou repousser une expérience qui provoque

de l'aversion — se distraire pour ne pas penser à quelque chose de dérangent, ne pas faire certaines activités sans la présence de personne significative, etc. (Deplus & Lahaye, 2015). Finalement, la pleine conscience favoriserait une conscience émotionnelle plus riche, une distanciation par rapport aux expériences vécues et un engagement envers ce qui est important pour l'individu; ceci améliorerait son fonctionnement dans la vie quotidienne (Deplus & Lahaye, 2015)

Description des interventions basées sur la pleine conscience

Dans un premier temps, les cliniciens ont développé des IBPC pour les adultes. Ces IBPC sont des interventions brèves (environ huit séances) offertes en format de groupe qui s'appuient en tout ou en partie sur les principes de la pleine conscience et la pratique de méditations (Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman, 2014). L'objectif principal des IBPC est d'apprendre aux participants à cultiver la pleine conscience et à l'intégrer dans leur vie quotidienne. Les IBPC pour adultes les plus utilisées sont le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Stress Reduction*; MBSR; Kabat-Zinn, 1990) ainsi que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*; MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). En bref, le MBSR est un entraînement intensif à la méditation de pleine conscience que Kabat-Zinn (1990) a initialement développé pour les patients atteints de douleur chronique et de maladies liées au stress. Pour sa part, la MBCT est un traitement (basé sur le MBSR et la thérapie cognitivo-comportementale) que Segal et al. (2002) ont développé

à l'origine pour aider les personnes à risque de rechutes dépressives (Baer, 2014; Ménard & Beresford, 2016).

Depuis environ 10 ans, le MBSR et la MBCT sont modifiés afin d'être proposés à des enfants et des adolescents dans différents contextes (scolaire, hospitalier, institutionnel, etc.) et auprès de populations diversifiées (cliniques ou non, à des stades développementaux variés, etc.) (Deplus et al., 2014). Par exemple, l'intervention de Deplus et Lahaye (2015) sur laquelle s'appuie l'IBPC pour les enfants et leurs parents offerte à la CEIEA a été développée à partir de la MBCT.

Cadre conceptuel de la MBCT

La MBCT est un type d'intervention au cours de laquelle l'intervenant invite les participants à apprendre à modifier la relation qu'ils entretiennent avec les expériences qu'ils vivent au quotidien. Ceci pourrait leur permettre de composer de manière différente avec leurs difficultés émotionnelles et de choisir d'agir selon ce qui est le plus important pour eux dans leur vie (Baer, 2014; Segal et al., 2002). Prenons l'exemple d'une personne qui présente des symptômes dépressifs. Plutôt que de lui apprendre à remplacer ses pensées « dépressives » par des pensées « aidantes », la MBCT vise à lui apprendre à observer les pensées qui se présentent, à les accueillir sans jugement et à les laisser-aller, sans chercher à les changer. La MBCT s'articule principalement autour de deux catégories d'activités : les « activités pratiques » et les « activités de partage ».

Les activités pratiques incluent les méditations et les exercices. Les méditations comprennent les méditations formelles et informelles (Baer, 2014). Les méditations formelles sont, de manière générale, pratiquées soit couchées, debout ou encore en mouvement. L'intervenant invite le participant à porter attention à ainsi qu'à observer avec ouverture et curiosité différents stimuli en demeurant toutefois vigilant aux expériences qui l'habitent (Nedelcu & Grégoire, 2016). Ces stimuli peuvent être : un objet comestible (p. ex., un raisin), les parties de son corps (comme dans le scan corporel), sa respiration ou encore tous autres stimuli internes (p. ex., ses sensations corporelles) ou externes (p. ex., les sons ambiants) (Nedelcu & Grégoire, 2016). La MBCT inclut des exercices à partir de métaphores, poèmes et histoires qui permettent d'illustrer les concepts clés de la pleine conscience (Baer, 2014). Elle inclut également des exercices qui proviennent de la thérapie cognitivo-comportementale (p. ex., identification des émotions, pensées, comportements ou valeurs) (Baer, 2014). Les participants doivent s'entraîner à méditer et à réaliser ces exercices en séance ou à la maison (Baer, 2014).

Les activités de partage sont des activités de réflexions personnelles et de retour en groupe sur l'expérience vécue pendant les activités pratiques (Baer, 2014). Durant les activités de partage, en adoptant les attitudes de la pleine conscience, l'intervenant invite les participants à faire trois choses (Segal et al., 2002). Tout d'abord, l'intervenant invite les participants à décrire les expériences vécues durant l'activité (Segal et al., 2002). Ensuite, il leur demande de réfléchir aux différences par rapport à leur manière habituelle de faire les choses (Segal et al., 2002). Finalement, les participants sont encouragés à

établir des liens entre ce qu'ils ont appris et leurs objectifs personnels (Segal et al., 2002). En général, l'éducation psychologique est intégrée à certaines activités pratiques ou aux activités de partage (p. ex., l'intervenant souligne les points d'enseignement essentiels évoqués implicitement ou explicitement par les participants). Cependant, l'intervenant peut occasionnellement faire de brèves présentations (p. ex., sur des enjeux de santé mentale). Donc, dans la MBCT l'apprentissage de la pleine conscience est expérientiel, c'est-à-dire qu'il se fait avant tout par la pratique et par la réflexion sur cette pratique ainsi qu'en s'exerçant dans la vie quotidienne.

Dans la MBCT, l'intervenant fait généralement partie intégrante du groupe (autrement dit, il participe à l'ensemble des activités) et doit posséder des compétences en intervention de groupe. De plus, plusieurs auteurs recommandent que les intervenants puissent avoir une pratique personnelle afin de pouvoir adopter les attitudes de base de la pleine conscience dans leurs interactions avec les participants (Baer 2014; Segal et al., 2002).

Modèles théoriques pour l'évaluation d'interventions

La recherche qui s'intéresse à l'évaluation d'interventions (recherche évaluative) s'inscrit dans la foulée des modèles théoriques liés à la discipline de « l'évaluation de programmes » (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz, 2011). Cette discipline vise à analyser la justesse des liens entre les différentes composantes d'une intervention. Plus particulièrement, l'évaluation de programmes vise à en apprécier la

pertinence, la logique, les effets ainsi que les relations avec le contexte dans lequel l'intervention est mise en œuvre (Brousselle et al., 2011). De nombreux courants de pensée influencent les modèles théoriques et les méthodes en recherche évaluative (Ridde & Dagenais, 2012). Toutefois, il n'existe pas de modèle consensuel d'évaluation (Brousselle et al., 2011). L'étude s'appuie sur les modèles intégrateurs d'auteurs contemporains fréquemment cités soit Alain et Dessureault (2009) ainsi que Chen (2015). Selon ces auteurs, le cadre conceptuel du programme ainsi que sa phase de développement déterminent le plan d'évaluation ainsi que les dimensions, aspects et indicateurs à prioriser.

Cadre conceptuel du programme

La description du programme est une dimension essentielle de toute évaluation rigoureuse; sans elle, il est difficile de saisir avec justesse quelles composantes de l'intervention mise en place ont contribué (ou pas) aux effets (Chen, 2015; Funnel & Rogers, 2011). La description de l'intervention permet d'articuler et d'explicitier l'intervention, de préciser ses objectifs et effets attendus ainsi que de présenter le lien logique entre l'intervention, les objectifs et les effets (Alain & Dessureault, 2009). La théorie du changement du programme et la logique du programme sont deux cadres conceptuels utiles pour décrire une intervention (Chen, 2015; Knowlton & Phillips, 2013). D'une part, la théorie du changement du programme propose des conceptions et hypothèses sur les causes d'un problème et la manière de le résoudre ou sur la relation causale entre les objectifs, l'intervention et les effets attendus (Chen, 2015; Knowlton, &

Phillips, 2013; Potvin, 2009). Elle sert de fondation à la logique du programme (Knowlton & Phillips, 2013; Potvin, 2009). Par exemple, la définition opérationnelle de la pleine conscience proposée par Deplus et al. (2014) sert de théorie du changement à l'IBPC pour les enfants et leurs parents qui fait l'objet de cette étude. Le modèle de la théorie du changement est une représentation graphique particulièrement utile lorsque l'évaluation s'intéresse aux mécanismes causals sous-jacents à l'intervention ainsi qu'à l'évaluation des effets et impacts (Chen, 2015). D'autre part, la logique du programme est une description opérationnelle de l'intervention. Elle décrit les éléments essentiels : (1) ses destinataires — groupes cibles; (2) son contenu — activités et processus fondamentaux; et (3) sa raison d'être — objectifs et résultats/effets (Chen, 2015; Porteous, 2012). Les intrants, les extrants et les facteurs contributifs (p. ex., les intervenants, le nombre de séances données et l'intérêt ainsi que la satisfaction des participants) peuvent également en faire partie (Chen, 2015; Porteous, 2012). Le modèle logique du programme est une représentation graphique populaire, facile à utiliser et particulièrement utile pour l'évaluation de l'implantation d'une intervention (Chen, 2015). Les IBPC pour les jeunes et leurs parents sont des interventions novatrices dont la théorie du changement est encore peu développée (Lafortune, Cousineau, & Tremblay, 2010). Dans ce contexte, l'étude privilégie la logique du programme comme cadre conceptuel pour décrire et évaluer l'IBPC pour les enfants et leurs parents.

Phases de développement de l'intervention et types d'évaluation

En général, il existe trois phases de développement dans le cycle de vie d'une intervention : (1) « phase avant : planification et conception » dont les priorités sont l'évaluation des besoins et des conditions préalables ainsi que la conceptualisation de l'intervention; (2) « phase pendant : implantation » qui s'attarde principalement à l'évaluation de l'implantation (éléments de fonctionnement et de mise en œuvre) qui varie en fonction du degré de maturité de l'intervention (implantation initiale ou implantation mature); et (3) « phase après : résultats » qui se concentre sur l'évaluation de l'efficacité (effets à court, moyen et long terme) (Alain & Dessureault, 2009; Chen, 2015). La phase de développement de l'intervention détermine les objectifs, la nature (formative, sommative ou hybride), les aspects (subjectifs, objectifs ou mixte) ainsi que le type d'évaluation à privilégier en fonction du cadre conceptuel du programme. Le processus d'évaluation s'inscrit donc dans un continuum où chaque type d'évaluation est essentiel et complémentaire. Toutefois, en pratique la dichotomie n'est pas aussi marquée; les dimensions relatives à l'évaluation de l'implantation s'intègrent souvent à celles relatives à l'évaluation de l'efficacité. L'intervention qui fait l'objet de cette étude est au stade de l'implantation initiale. À ce stade, l'évaluation vise avant tout à évaluer l'implantation de l'intervention et, dans une moindre mesure, son efficacité préliminaire.

D'une part, l'évaluation de l'implantation sert à juger la qualité de la mise en œuvre d'une intervention donnée et à peaufiner une ou plusieurs composantes de la logique du programme ainsi que son implantation (Alain & Dessureault, 2009; Chen, 2015). En

général, elle vise à se prononcer sur trois aspects à l'aide de divers indicateurs (Alain & Dessureault, 2009; Chen, 2015; Werner, 2004). Les deux premiers aspects sont la faisabilité (p. ex., taux de recrutement et de rétention) et l'acceptabilité de la logique du programme au point de vue clinique (p. ex., satisfaction des participants ou des intervenants). Le troisième aspect est la fidélité de l'implantation. Généralement, la fidélité est évaluée à l'aide de cinq indicateurs : l'adhésion au contenu et au processus, le dosage, la qualité du travail de l'intervenant, la réactivité des participants et la différenciation du programme (Dane & Schneider, 1998). Dans le Tableau 1, les indicateurs relatifs à la fidélité de l'implantation sont nommés et décrits; des illustrations y sont également fournies (Dane & Schneider, 1998). Idéalement, pour apprécier la fidélité de l'implantation de l'intervention avec rigueur, l'évaluation devrait porter sur l'ensemble des indicateurs; en pratique, ceci est rarement le cas (Dane & Schneider, 1998; Feagans Gould, Dariotis, Greenberg, & Mendelson, 2016).

D'autre part, l'évaluation de l'efficacité préliminaire vise à s'assurer de la pertinence clinique de l'intervention pour les participants. En général, elle s'intéresse à l'exploration des effets potentiels à l'aide d'indicateurs tels que l'utilité ainsi que les avantages et changements perçus par les participants (Alain & Dessureault, 2009; Chen, 2015).

Tableau 1

Description des indicateurs de la fidélité de l'implantation

Indicateur	Description
Adhésion au contenu et au processus	Dans quelle mesure les activités principales (p. ex., exercices, discussions de groupe) sont-elles implantées comme prévu et de la manière prévue (processus)?
Dosage	Dans quelle mesure la quantité de contenu de l'intervention reçue (p. ex., nombre de séances, leur durée, temps consacré aux exercices en dehors des séances) correspond-elle à ce qui était planifié?
Qualité du travail de l'intervenant	À quel point l'intervenant parvient-il à livrer l'intervention efficacement (p. ex., degré de préparation de l'intervenant, son attitude envers l'intervention)?
Réactivité des participants	Dans quelle mesure l'intervention stimule-t-elle l'intérêt des participants ou encore leur niveau d'engagement (p. ex., niveau de participation ou enthousiasme des participants)?
Différenciation du programme	À quel point et comment l'intervention (p. ex., théorie du changement ou logique du programme) se distingue-t-elle des autres interventions offertes dans le domaine ?

Études d'évaluation d'IBPC pour les jeunes et leurs parents

Les cliniciens utilisent de plus en plus les IBPC pour traiter différents troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents (Kallapiran et al., 2015). Cependant, la recherche sur les interventions qui incluent à la fois un volet pour les jeunes et un volet parental en est encore à ses débuts. En effet, la recension des écrits dans le domaine a

permis de trouver 10 études¹ qui portent sur l'évaluation d'IBPC pour les jeunes et leurs parents (Bögels et al., 2008; Coatsworth, Duncan, Greenberg, & Nix, 2010; Coatsworth et al., 2015; Deplus et al., 2016; Duncan, Coatsworth, & Greenberg, 2009b; Jastrowski Mano et al., 2013; Lee, Semple, Rosa, & Miller, 2008; Semple, Lee, Rosa, & Miller, 2010; van der Oord, Bögels, & Peijnenburg, 2012; van de Weijer-Bergsma, Formsma, de Bruin, & Bögels, 2012). L'analyse des interventions qui font l'objet de ces études révèle que le volet parental peut viser deux objectifs généraux : (1) offrir de l'éducation et du soutien psychologiques aux parents; ou (2) développer les habiletés de pleine conscience des parents.

Offrir de l'éducation et du soutien psychologiques aux parents

Intervention de Jastrowski Mano et al. (2013). En s'inspirant du MBSR, ces chercheurs ont développé une IBPC de groupe pour des adolescents qui souffrent de douleur chronique et leurs parents. Cette intervention comporte six séances et des exercices à faire à la maison par les adolescents. Le volet parental consiste en une séance d'informations pour les parents. Cette séance vise à présenter le MBSR et les exercices ainsi qu'à répondre aux questions.

Les chercheurs ont évalué la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de cette IBPC auprès de six adolescents qui souffraient de douleur chronique et leurs parents (taille de

¹ Une onzième étude a été trouvée (Singh et al., 2006). Elle a été exclue de l'analyse, car le volet pour les jeunes et le volet parental n'ont pas été offerts en format de groupe.

l'échantillon non spécifiée). Ils ont utilisé un devis expérimental (prétest/post-test/suivis) qui incluait un groupe témoin. L'intervention offerte aux adolescents faisant partie du groupe témoin comprenait aussi six séances hebdomadaires. L'intervenante y traitait de sujets divers (p. ex., la nature de la douleur chronique, la gestion du stress et les habiletés de communication avec les pairs et les parents). Sur les plans de la faisabilité et de l'acceptabilité, les chercheurs ont rapporté d'importantes difficultés de recrutement (des 246 adolescents admissibles, 63 ont été contactés et 32 ont accepté de participer au projet de recherche) et de rétention (4 des 26 adolescents assignés au groupe MBSR et 2 des 6 adolescents assignés au groupe témoin ont complété l'intervention). Les chercheurs postulent que ces difficultés pourraient être attribuables à certaines particularités de l'échantillon. Par exemple, les adolescents pourraient avoir eu l'impression d'être déjà très occupés à gérer le stress additionnel occasionné par leurs douleurs chroniques ainsi que de ne pas disposer de suffisamment de temps pour s'investir dans une IBPC. De plus, les résultats divergent quant à l'acceptabilité de l'intervention telle qu'évaluée à l'aide d'un questionnaire autorapporté d'évaluation de l'intervention conçu par les chercheurs. En effet, deux adolescents ont rempli ce questionnaire : un a rapporté que le MBSR est « totalement utile »; l'autre a indiqué qu'il ne l'est « pas du tout ». Pour évaluer l'efficacité, les chercheurs ont utilisé six questionnaires standardisés. En ce qui a trait à l'auto-efficacité des adolescents à utiliser leur habileté de pleine conscience telle que mesurée avec la *Mindfulness Self-Efficacy Scale* (MSES-R¹; Cayoun, n.d.), les résultats

¹ Les chercheurs ont utilisé la version originale de ce questionnaire électronique. Au moment de rédiger ce mémoire doctoral, seule la version révisée était disponible.

de l'étude ne sont pas concluants (tous les adolescents, même ceux qui faisaient partie du groupe témoin, ont rapporté une amélioration de leur auto-efficacité). De plus, les résultats divergent quant à l'efficacité de l'intervention pour améliorer la qualité de vie, l'anxiété, etc.

D'une part, cette étude comporte des limites sur le plan de la méthode dont la petite taille de l'échantillon, une évaluation de l'acceptabilité réalisée uniquement auprès des adolescents et l'absence d'évaluation de la fidélité de l'implantation. De plus, les chercheurs ont décrit très sommairement le contenu du volet parental et n'ont pas évalué son implantation et son efficacité. D'autre part, sur le plan des modalités de l'intervention pour les parents, le volet parental se limite à une séance d'informations. Le volet parental de la prochaine intervention remédie en partie à cette situation.

Intervention de Deplus et Lahaye (2015). En s'appuyant sur la MBCT, ces cliniciennes ont développé un atelier de gestion des émotions par la pleine conscience pour jeunes sans difficulté émotionnelle particulière et leurs parents. Par le biais d'activités ludiques, cette IBPC vise à entraîner les jeunes à devenir plus conscients de leurs expériences vécues, ici et maintenant, afin de favoriser une meilleure gestion émotionnelle et comportementale. Elle s'appuie sur une théorie du changement soit la définition opérationnelle de la pleine conscience de Deplus et al. (2014). Le volet pour les jeunes de cet atelier comprend neuf séances hebdomadaires de groupe et des entraînements à faire à la maison par les enfants ou les adolescents. Le volet parental vise

à fournir de l'éducation psychologique aux parents pour qu'ils puissent soutenir la démarche de leur jeune. Plus précisément, les parents sont invités à : (1) participer, avec leur jeune, à deux rencontres individuelles; (2) prendre connaissance de feuillets d'informations (contiennent, p. ex., des résumés des séances, des instructions et suggestions d'attitudes parentales pour les exercices, des références – livres sur la pleine conscience); et (3) encourager leur jeune à réaliser les exercices, et, si possible, les faire avec lui. La première rencontre permet de clarifier ce que l'intervention peut apporter au jeune ainsi que de souligner l'importance de l'engagement du jeune et de ses parents. La deuxième rencontre vise à obtenir de la rétroaction sur l'intervention, à partager des observations sur le jeune (fonctionnement et évolution) et à réfléchir sur les mesures à prendre pour qu'il continue à utiliser la pleine conscience dans sa vie quotidienne.

En 2016, Deplus et ses collaborateurs ont évalué la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de cette IBPC ainsi que la fidélité de son implantation. Ils ont offert cette IBPC à 21 jeunes âgés de 11 à 19 ans et leurs parents (taille de l'échantillon non spécifiée) dans une clinique psychologique en Belgique. Les chercheurs ont utilisé un devis pré-experimental (prétest/post-test). Sur les plans de la faisabilité et de l'acceptabilité, l'étude a révélé que l'IBPC est appropriée pour des adolescents comme en témoigne l'absence d'abandon. Pour évaluer la fidélité de l'implantation, les chercheurs ont conçu un questionnaire autorapporté (trois questions fermées). La majorité des jeunes ont rapporté adhérer aux méditations formelles et informelles en séance et à la maison. Pour l'évaluation de l'efficacité, les chercheurs ont utilisé cinq questionnaires standardisés.

L'étude a montré une amélioration de la pleine conscience des jeunes mesurée avec le FFMQ (Baer et al., 2006; Heeren, Douillez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011). De plus, les adolescents ont rapporté une diminution de leurs symptômes dépressifs, de leur impulsivité (deux facettes : urgence et manque de persévérance) et de leurs pensées répétitives.

D'une part, cette étude comporte des limites sur le plan de la méthode dont la petite taille de l'échantillon et l'absence de groupe témoin. Les chercheurs ont pris des mesures pour s'assurer de l'intégrité et de l'uniformité de la mise en œuvre de l'intervention. Cependant, ils n'ont que peu évalué l'implantation de celle-ci (évaluation de la faisabilité, de l'acceptabilité et de la fidélité très sommaire). De plus, l'étude ne rapporte aucune description détaillée de la logique opérationnelle du volet parental; il est donc difficile de savoir, par exemple, à quoi les résultats obtenus sont réellement attribuables. De surcroît, les chercheurs n'ont pas évalué l'implantation et l'efficacité de l'intervention pour les parents. D'autre part, sur le plan des modalités de l'intervention pour les parents, aucune activité pratique pour les parents n'est prévue en séance (p. ex., méditations, exercices). Or, dans leur article sur l'application clinique de la pleine conscience aux jeunes, Thompson et Gauntlett-Gilbert (2008) font ressortir l'importance non seulement d'expliquer les exercices aux parents, mais également de les pratiquer avec eux afin de favoriser l'apprentissage expérientiel. En procédant ainsi, ces auteurs postulent que les parents seront mieux outillés pour modeler et renforcer la pleine conscience à la maison ce qui devrait favoriser sa généralisation dans la vie quotidienne des jeunes. D'ailleurs,

plusieurs IBPC pour les jeunes et leurs parents prévoient que les parents expérimentent et pratiquent (en groupe et à la maison) la pleine conscience par le biais d'activités pratiques. Par exemple, dans le programme de méditation de pleine conscience pour les enfants de Siaud-Facchin (2014), les parents ont l'occasion de pratiquer de courts exercices et d'échanger en groupe lors de la séance initiale. De plus, Dumas (2012) propose des exercices de méditation pour l'enfant anxieux et son parent à faire seul ou en famille. Le volet parental de l'IBPC proposée par Semple et Lee (2011) s'appuie davantage sur l'apprentissage expérientiel.

Intervention de Semple et Lee (2011). En se fondant sur la MBCT, ces cliniciennes ont conçu la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour les enfants anxieux et leurs parents. Cette intervention s'appuie sur les théories du changement de la MBCT et du MBSR (Semple & Lee, 2011). Le volet pour les enfants de cette IBPC comprend 12 séances hebdomadaires de groupe ainsi que des exercices à domicile. Le volet parental vise non seulement à fournir de l'éducation psychologique, mais également à familiariser les parents avec la pleine conscience par la pratique de méditations en séance. Selon Semple et Lee, cette façon de faire les choses encouragerait les parents à soutenir activement leur enfant. Elle aiderait aussi les parents à moduler leurs discours et comportements pour tenir compte des principes et attitudes de base de la pleine conscience. Pendant les 12 semaines, les parents reçoivent du matériel écrit – contenu semblable à celui des feuillets d'informations de Deplus et Lahaye (2015) – et sont en contact régulier avec les intervenants. Le volet parental prévoit également deux séances

de groupe avec les parents. La séance d'introduction permet de présenter les parents et les intervenants ainsi que de donner de l'information sur la pleine conscience et l'IBPC. Durant la séance d'évaluation, les parents discutent de leur expérience indirecte avec la pleine conscience, des améliorations à apporter à l'IBPC et de moyens pour que leur enfant continue à utiliser ses habiletés de pleine conscience. Durant ces deux séances, de brèves méditations et des activités de partage sont réalisées.

Lee et al. (2008) ainsi que Semple et al. (2010) ont évalué cette IBPC dans une clinique universitaire américaine auprès de 25 jeunes de 9 à 13 ans et leurs parents (taille de l'échantillon non spécifiée). Les chercheurs ont utilisé un devis expérimental qui incluait un groupe témoin de type « liste d'attente ». L'étude de Lee et al. portait principalement sur l'évaluation de l'implantation; celle de Semple et Lee portait principalement sur l'évaluation de l'efficacité. Lee et al. se sont intéressés à trois aspects de l'implantation à l'aide d'indicateurs variés. Tout d'abord, ils ont évalué la faisabilité (indicateurs : taux de réponse et de rétention, nombre de séances complétées par participant et raisons pour l'abandon). De plus, les chercheurs se sont intéressés à l'acceptabilité et à l'utilité. Ils ont utilisé deux questionnaires qui portaient sur l'expérience telle que perçue par le jeune ou le parent (indicateurs : satisfaction, changements comportementaux chez le jeune, utilité à la maison et à l'école). Pour l'utilité, les chercheurs ont également eu recours à quatre questionnaires standardisés. Les résultats ont permis de conclure que l'IBPC proposée était faisable, acceptable et utile. De plus, l'étude a fourni des résultats préliminaires encourageants quant à l'utilité de

l'intervention pour réduire les symptômes internalisés et externalisés des jeunes. D'ailleurs, Semple et al. rapportent une réduction des difficultés attentionnelles et comportementales ainsi que des symptômes d'anxiété chez les jeunes qui ont participé à l'IBPC.

En ce qui concerne les limites sur le plan de la méthode, en plus de la petite taille de l'échantillon, l'étude de 2008 ne prend pas en compte le point de vue des intervenants. En outre, les chercheurs n'ont pas questionné les parents spécifiquement sur le volet parental, mais plutôt sur l'intervention dans son ensemble. De plus, l'étude ne fournit aucune donnée sur la fidélité de l'implantation, les adaptations souhaitables et les activités ou processus fondamentaux (logique opérationnelle) du volet parental.

Développer les habiletés de pleine conscience des parents

Intervention des équipes de Bögels. Des chercheurs ont développé une IBPC pour les adolescents (11 à 18 ans) ayant reçu un diagnostic de trouble de santé mentale et leurs parents (Bögels et al., 2008). L'intervention pour les adolescents et celle pour les parents comprennent chacune huit séances de groupe qui s'appuient sur la pratique de méditations formelles et informelles par les adolescents et les parents en séance ainsi qu'à la maison. Pour développer leur volet parental, Bögels et al. (2008) ont adapté la MBCT au rôle de parent et aux difficultés particulières vécues par leur adolescent en s'inspirant du concept de pleine conscience parentale de Kabat-Zinn et Kabat-Zinn (1997). Pour ce faire, ils ont ajouté des exercices qui visent à améliorer la pleine conscience parentale et à favoriser

l'utilisation de la pleine conscience dans les interactions entre parents et adolescents. Le volet parental a pour objectifs de réduire le stress, la souffrance et les symptômes psychologiques (principalement inattention et impulsivité) des parents ainsi que d'améliorer leur capacité à accepter les difficultés de leur adolescent (Bögels & Restifo, 2014). De la sorte, les auteurs visent à ce que le développement des habiletés de pleine conscience des adolescents s'inscrive dans un contexte familial où les parents adoptent la pleine conscience dans leurs interactions avec leur jeune (Bögels et al., 2008; Bögels & Restifo, 2014). De ce fait, les parents pourraient plus facilement motiver ou aider leur adolescent dans sa pratique (Bögels et al., 2008; Bögels & Restifo, 2014). L'intervention s'appuie sur la théorie du changement explicitée par Bögels, Lehtonen, & Restifo (2010). Brièvement, ces auteurs postulent que les IBPC pour les parents amélioreraient différents aspects de leur attention. Ceci aurait un effet positif dans six domaines (p. ex., stress et préoccupations parentales, réactivité des parents) qui ont un impact sur les habiletés parentales et la relation parent-enfant (Bögels et al., 2010).

Dans le cadre d'une clinique de santé mentale communautaire, Bögels et al. (2008) ont évalué l'efficacité de cette IBPC auprès de 14 adolescents de 11 à 18 ans et leurs parents ($n = 14$). Les adolescents présentaient un trouble déficit d'attention/hyperactivité (TDA/H), un trouble oppositionnel avec provocation, un trouble des conduites ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) avec des symptômes externalisés. Les chercheurs ont utilisé un devis quasi expérimental (prétest/post-test/suivi) qui incluait un groupe témoin de type « liste d'attente ». Pour évaluer l'efficacité, les chercheurs ont eu recours

à sept questionnaires standardisés. Les résultats de cette étude mettent en lumière une réduction des symptômes internalisés et externalisés et des problèmes attentionnels des jeunes. De plus, les résultats font état d'une amélioration significative des buts personnels, de l'autocontrôle, du niveau de bonheur et de la pleine conscience des jeunes telle que mesurée avec un questionnaire (*Mindfulness Attention Awareness Scale*; MAAS; Brown & Ryan, 2003)¹. En outre, les parents ont amélioré leurs buts personnels. Finalement, les résultats ont révélé le maintien de ces améliorations après huit semaines.

Ensuite, van der Oord et al. (2012) ont évalué l'efficacité d'une adaptation de cette IBPC auprès de 22 enfants de 8 à 12 ans qui fréquentaient une clinique de consultation externe en santé mentale et leurs parents ($n = 22$). Les enfants présentaient un TDA/H. Les chercheurs ont utilisé un devis quasi expérimental (prétest/post-test/suivi) qui incluait un groupe témoin de type « liste d'attente ». Les chercheurs ont employé six questionnaires standardisés. Les résultats de l'étude ont montré une diminution des symptômes du TDA/H, et ce, tant chez les enfants que chez les parents. Les enseignants n'ont pas rapporté une telle diminution chez les enfants. La pleine conscience des parents (mesurée avec le MAAS; Brown & Ryan, 2003) a augmenté. De plus, leur stress et leurs réactions parentales excessives ont diminué. L'étude a révélé un maintien des améliorations après huit semaines.

¹ Pour les fins de ce questionnaire, la pleine conscience est conceptualisée comme un trait (Grégoire et De Mondehare, 2016).

Finalement, van de Weijer-Bergsma et al. (2012) ont évalué l'efficacité d'une adaptation de l'IBPC développée par Bögels et al. (2008). Les chercheurs ont offert cette intervention à des adolescents ($n = 10$) âgés de 11 à 15 ans présentant un TDA/H et à leurs parents ($n = 19$) dans un centre de traitement scolaire. Les auteurs ont utilisé un devis pré-expérimental (prétest/post-test/suivis). Les chercheurs ont utilisé 11 questionnaires standardisés. L'étude a révélé une réduction des difficultés attentionnelles et comportementales des adolescents. De plus, les pères ont rapporté une diminution de leur stress parental et une augmentation de leurs réactions parentales excessives. Les mères ont rapporté une diminution de ces réactions sans diminution de leur stress parental. L'étude a fait ressortir que l'ensemble des effets s'estompent après 16 semaines. Sur le plan de la pleine conscience (mesurée avec le MAAS; Brown & Ryan, 2003), aucun changement n'a été observé tant chez les adolescents que chez les parents.

Ces trois études comportent des limites sur le plan de la méthode dont la petite taille des échantillons, l'assignation non aléatoire des participants ou l'absence de groupe témoin. De plus, bien que les chercheurs aient utilisé des mesures pour promouvoir la fidélité de la mise en œuvre, ils n'ont pas évalué l'implantation de l'intervention pour les jeunes. Finalement, ils n'ont pas évalué l'implantation du volet parental et n'ont pas décrit en détail la logique opérationnelle de l'intervention (p. ex., ses activités ou processus fondamentaux).

Intervention de Coatsworth et al. (2014). Cette intervention s'adresse à des jeunes de 10 à 14 ans (population non clinique) et à leurs parents. Le volet parental repose sur l'intégration du vocabulaire et de brèves activités en lien avec les composantes de la pleine conscience parentale (Duncan et al., 2009a) à une intervention cognitivo-comportementale empiriquement validée (*Strengthening Families Program*; SFP; Molgaard, Spoth, & Redmond, 2000). Le SFP vise à développer les habiletés parentales (p. ex., communication et gestion des comportements des jeunes). L'objectif du volet parental est de développer la pleine conscience parentale afin que les parents utilisent plus efficacement les habiletés parentales apprises et améliorent la relation avec leur jeune. Chacune des sept séances de groupe du volet parental débute par une méditation formelle suivie d'une activité de partage. Les séances comprennent également de l'éducation psychologique, des exercices de prise de conscience et des discussions sur des thèmes en lien avec la pleine conscience parentale (p. ex., les émotions et parentalité, les réactions parentales automatiques). L'intervention s'appuie sur la théorie du changement formulée par Duncan et al. (2009a). Brièvement, ces auteurs postulent qu'une amélioration de la pleine conscience parentale améliorerait des aspects clés de la relation parent-enfant comme le bien-être des parents et les pratiques parentales (Duncan et al., 2009a). Ceci aurait un impact favorable sur les symptômes internalisés et externalisés des enfants (Duncan et al., 2009a).

Duncan et al. (2009b) ont évalué la faisabilité, l'acceptabilité et l'utilité de cette IBPC auprès de cinq familles (neuf parents) en utilisant un devis pré-expérimental. Sur le

plan de la faisabilité et de l'acceptabilité, les chercheurs ont comparé, pour chaque activité, le temps prévu au temps réel et au temps souhaité par les parents. Ils se sont aussi intéressés au degré d'engagement des parents durant les séances (indicateur non spécifié) ainsi qu'à leurs suggestions d'améliorations à apporter aux nouvelles activités. Pour l'utilité, les chercheurs ont évalué les bénéfices potentiels pour les habiletés parentales et le stress familial. Ils ont recueilli l'information par le biais de plusieurs sources : revues d'enregistrements vidéo, observations directes, commentaires qui ont émané des groupes de travail auprès des chercheurs-intervenants, questionnaires hebdomadaires auprès des participants et groupe de discussion post-intervention (cinq parents). Les chercheurs ont décrit sommairement les nouvelles activités en fonction de chacune des dimensions de la pleine conscience parentale (Duncan et al., 2009a). Les résultats ont permis de conclure que l'ajout d'activités de pleine conscience au volet parental était faisable et acceptable et que les parents percevaient des bénéfices (fonctionnement familial et bien-être psychologique).

Cette étude comporte des limites sur le plan de la méthode, dont la petite taille de l'échantillon ainsi que l'absence de groupe témoin et d'observateurs indépendants. De plus, bien que les chercheurs aient évalué certaines dimensions de l'implantation, ils n'ont pas mesuré la fidélité de l'implantation.

L'équipe de recherche a poursuivi avec deux études d'évaluation de l'efficacité : en 2010 auprès de 65 familles (Coatsworth et al.) et en 2015 auprès de 432 familles

(Coatsworth et al.). Pour ces deux études, les chercheurs ont utilisé un devis expérimental. L'étude de 2010 incluait deux groupes témoins soit un groupe de type « liste d'attente » et un groupe dont les participants bénéficiaient du SFP. L'étude de 2015 incluait également deux groupes témoins soit un groupe dont les participants bénéficiaient du SFP et un groupe dont les participants recevaient des informations envoyées à la maison. Pour évaluer l'efficacité, les chercheurs ont utilisé des questionnaires standardisés (cinq dans l'étude de 2010; sept dans l'étude de 2015). Ces études ont révélé que les activités de pleine conscience améliorent les effets de l'intervention initiale (gestion des comportements des enfants, qualité de la relation parent-enfant). De plus, elles améliorent les habiletés de pleine conscience mesurées à l'aide d'un questionnaire (*Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale*; IMPS; Duncan, 2007) et de régulation émotionnelle ainsi que le bien-être des parents. Finalement, les activités de pleine conscience favorisent le maintien des effets. Dans ces études, les auteurs ont également évalué l'*implantation* à l'aide de quatre indicateurs : (1) l'adhésion au contenu (proportion du programme couvert); (2) l'adhésion au processus (processus inappropriés utilisés par l'intervenant); (3) la réactivité (participation ou intérêt des parents); et (4) la qualité du travail de l'intervenant (adopter des qualités jugées importantes, dont l'acceptation et la clarté). Les chercheurs ont réalisé l'évaluation de l'implantation à l'aide de grilles d'observations structurées (pourcentage du programme couvert et échelles de Likert) complétées par des répondants qui ont participé, en tant qu'observateurs, à certaines séances d'intervention. Les résultats ont révélé une grande qualité d'implantation.

Sur le plan de la méthode, les chercheurs auraient pu enrichir l'évaluation de l'implantation par l'analyse d'informations qualitatives recueillies auprès des participants. Par exemple, ils auraient pu poser des questions ouvertes aux parents et aux intervenants sur leur niveau de satisfaction, les bénéfices perçus et les améliorations potentielles. De plus, les chercheurs auraient pu poser des questions ouvertes sur le type d'intervention souhaité : éducation et soutien psychologiques ou développement des habiletés de pleine conscience.

Cette recension de 10 études sur les IBPC pour les jeunes et leurs parents fait ressortir que la majorité de ces études portent sur des interventions dont le volet parental est offert en format de groupe. Les interventions pour les parents préconisent, à des degrés divers, un apprentissage expérientiel. Les interventions qui visent à offrir de l'éducation et du soutien psychologiques aux parents comportent moins de séances (une ou deux) que celles qui ont pour objectif de développer les habiletés de pleine conscience des parents (sept ou huit séances). De plus, cette recension met en lumière que les IBPC pour les jeunes et leurs parents sont faisables, acceptables et ont des effets prometteurs. Cette recension révèle aussi des forces et limites liées aux méthodes de recherche utilisées. Sur le plan des forces, l'analyse montre que la majorité des études utilisent un devis expérimental ou quasi expérimental et font référence à la théorie du changement de l'intervention. Sur le plan des limites, peu d'études décrivent la logique opérationnelle du volet parental et évaluent sa faisabilité, son acceptabilité ainsi que la fidélité de son implantation à l'aide d'indicateurs variés.

Objectifs de recherche

Les objectifs de l'étude sont d'évaluer l'implantation et d'explorer l'efficacité préliminaire du volet parental d'une IBPC offerte à des enfants de 8 à 12 ans et à leurs parents à la CEIEA. L'étude comporte deux dimensions. La dimension descriptive vise à dépeindre la logique opérationnelle qui sous-tend l'intervention (groupe cible, intrants/ressources, activités et processus fondamentaux, extrants/produits, facteurs contributifs, effets). La dimension évaluative vise à mesurer quatre aspects : faisabilité, acceptabilité, fidélité et efficacité préliminaire. Plus spécifiquement, les indicateurs ciblés sont : (1) pour la faisabilité : abandons et raison pour les abandons ainsi qu'assiduité et raisons pour les absences; (2) pour l'acceptabilité : satisfaction par rapport au contenu, aux moyens, à l'animation et au climat de groupe et satisfaction générale selon les parents et les intervenants; (3) pour la fidélité : adhésion au contenu, au temps et aux processus ainsi que réactivité (participation : niveau d'enthousiasme) des parents selon les intervenants; et (4) pour l'efficacité préliminaire : utilité et changements perçus par les parents dans leur vie quotidienne ainsi que dans leurs capacités de pleine conscience (globale et cinq facettes).

Méthode de recherche

L'étude s'inscrit dans le cadre d'un projet global d'évaluation de l'implantation et de l'efficacité de l'IBPC pour les enfants âgés de 8 à 12 ans et leurs parents offerte à la CEIEA. Fabienne Lagueux, Ph. D. et Véronique Parent, Ph. D. codirigent l'équipe de recherche du projet. En plus des codirectrices, cette équipe comprend quatre chercheuses (doctorantes) : l'auteure de l'étude s'intéresse au volet parental et les autres chercheuses s'intéressent au volet pour les enfants de l'IBPC.

Ce chapitre présente la méthode adoptée pour évaluer l'implantation (aspects : faisabilité, acceptabilité et fidélité) ainsi que l'efficacité (aspect : efficacité préliminaire) du volet parental de l'IBPC pour les enfants et leurs parents offerte à la CEIEA à l'aide de divers indicateurs. Il contient les informations relatives au devis de l'étude, aux participants, à l'intervention, au déroulement de la recherche, aux instruments de mesure et au mode d'analyse des données. Finalement, les considérations éthiques y sont abordées.

Devis de recherche

Cette étude en deux dimensions (descriptive et évaluative) fait appel à un devis de recherche par étude de cas (Mace & Pétry, 2000; Yin & Riddle, 2012). Les auteurs contemporains en évaluation de programmes recommandent l'utilisation d'une méthode mixte pour évaluer une intervention au stade initial d'implantation (Alain & Dessureault,

2009; Chen, 2015). Conséquemment, l'étude s'appuie sur une méthode mixte simultanée. Ceci signifie que pour tous les indicateurs (à l'exception de l'indicateur changements dans les capacités de pleine conscience – globale et cinq facettes – des parents), les instruments de mesure ont permis de colliger en même temps des données quantitatives et qualitatives auprès de l'ensemble des participants (Creswell, 2014). Le Tableau 2 présente la synthèse du plan d'évaluation. Les aspects et indicateurs évalués, les sources ou répondants et les méthodes de collecte des données y sont décrits.

Tableau 2

Synthèse du plan d'évaluation

Aspects	Indicateurs	Sources ou répondants	Méthodes de collecte
Dimension descriptive			
Logique du volet parental	Ressources, activités, processus, extrants, facteurs contributifs, groupe cible et résultats	Documents écrits (p. ex., manuel d'intervention)	Observation documentaire
Dimension évaluative			
Faisabilité (quatre indicateurs)	Abandons, raisons pour les abandons, assiduité et raisons pour les absences	Intervenante principale	Feuille de présence
Acceptabilité (cinq indicateurs)	Satisfaction générale ainsi que satisfaction par rapport : au contenu, aux moyens, à l'animation et au climat de groupe	Parents	QÉS
		Intervenants (principale et de soutien)	JB
Fidélité (quatre indicateurs)	Adhésion au contenu et au temps et réactivité des parents	Intervenants-observateurs	GO
	Adhésion aux processus – cinq facettes de la pleine conscience (Baer et al., 2006)	Intervenants (principale et de soutien)	JB
Efficacité préliminaire (trois indicateurs)	Utilité et changements dans la vie quotidienne	Parents	QÉU
	Changements dans les capacités de pleine conscience – globale et cinq facettes	Parents	FFMQ – en français

Note. QÉS = Questionnaire d'évaluation de la satisfaction; JB = Journal de bord; GO = Grille d'observations; QÉU = Questionnaire d'évaluation de l'utilité; FFMQ = *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011).

Participants

L'échantillon de cette étude est composé des différents acteurs impliqués directement dans le volet parental de l'IBPC soit les parents et les intervenants.

Parents

Dix parents ont participé à cette étude ($N = 10$). Pour être admissibles, les parents devaient avoir au moins un enfant qui prenait part à l'IBPC offerte à la CEIEA; il n'y avait aucun autre critère d'inclusion ou d'exclusion pour les parents. Les chercheuses s'intéressant au volet pour les enfants ont recruté les enfants et les parents (familles) à l'aide d'un courriel (voir Appendice A). Ce courriel ainsi qu'un dépliant explicatif sur l'intervention et le projet de recherche (voir Appendices A) ont été envoyés aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Ces chercheuses ont aussi fait parvenir ces documents à des cliniques privées et organismes d'aide de Longueuil et des environs qui offrent des services aux enfants. Elles ont également apposé une affiche sur les babillards du campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke (voir Appendice A). Dans le courriel et sur les affiches, les familles étaient invitées à manifester leur intérêt en contactant le laboratoire de recherche par courriel ou par téléphone. Ces chercheuses ont communiqué par téléphone avec les familles intéressées pour expliquer les buts et modalités de l'IBPC et du projet de recherche. Ceci visait à valider leur intérêt ainsi qu'à s'assurer que les familles pourraient retirer des bénéfices de leur participation à l'intervention (voir le canevas de l'entretien téléphonique initial à l'Appendice A). L'appel téléphonique visait également à vérifier que l'enfant

répondait aux critères d'admissibilité du projet soit : (1) avoir entre 8 et 12 ans; (2) présenter des symptômes d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité, d'anxiété ou des difficultés de régulation émotionnelle ou comportementale; (3) ne pas avoir de diagnostic de retard mental, de problèmes neurologiques, de TSA ou de trouble du langage modéré ou sévère; et (4) avoir au moins un de ses parents qui s'engage à participer au volet parental (de préférence toujours le même). Ces chercheuses ont sélectionné les 10 premiers enfants (et leurs parents) qui satisfaisaient tous les critères.

L'échantillon de 10 parents était composé de 9 femmes et 1 homme. À la suite de la réorientation de leur enfant vers des services plus appropriés, deux parents ont abandonné l'étude. Huit parents ont donc complété l'intervention (7 femmes et 1 homme, dont un couple). La langue maternelle des parents était le français. La majorité des parents avaient un diplôme universitaire ($n = 7$), un emploi à temps plein ($n = 6$) et un revenu familial supérieur à 100 000 \$ ($n = 7$). Une minorité de parents ($n = 2$) avaient une expérience préalable de méditation (méditation dirigée ou yoga). Pour la majorité des parents, leur enfant qui participait à l'IBPC avait au moins un diagnostic connu de santé mentale (principalement : TDA/H, trouble spécifique des apprentissages, trouble anxieux ou trouble oppositionnel avec provocation).

Intervenants

Trois intervenants ont participé au volet parental ($N = 3$) : une intervenante principale (auteure de l'étude) et deux intervenants de soutien. Les codirectrices ont

recruté, sur une base volontaire, les intervenants parmi les étudiants au doctorat en psychologie, cheminement intervention en enfance et adolescence de l'Université de Sherbrooke et les chercheuses du projet. La participation des deux intervenants de soutien s'inscrivait dans le cadre d'un stage clinique encadré par l'une des codirectrices (Fabienne Lagueux). Les codirectrices ont sollicité les intervenants directement (en personne). Une codirectrice et l'intervenante principale ont rencontré brièvement les intervenants afin de leur expliquer l'IBPC et le projet de recherche ainsi que de s'assurer de leur intérêt. Cette rencontre visait également à vérifier qu'ils satisfaisaient le critère d'admissibilité (être disponible pour agir, en alternance, à titre de soutien à l'animation ou d'observateur pour toute la durée de l'intervention)¹.

Au moment d'animer l'intervention, l'intervenante principale était une doctorante de 4^e année et les intervenants de soutien des doctorants de 2^e année. En plus d'avoir de l'expérience en animation de groupe, l'intervenante principale avait animé le volet parental en 2015. Elle pratique la méditation de pleine conscience depuis plusieurs années et sa langue maternelle est le français. Lorsque questionnés à cet effet par l'auteure de l'étude, les intervenants de soutien ont indiqué que : (1) le français était leur langue maternelle; (2) ils avaient de l'expérience en animation de groupe; et (3) ils n'avaient pas d'expérience de méditation.

¹ Comme mentionné, la participation des deux intervenants de soutien s'inscrivait dans le cadre d'un stage clinique. Dans ce contexte, afin d'offrir à chacun de ces intervenants une expérience d'animation ils ont tous les deux coanimé, avec l'intervenante principale, quatre séances du volet parental en alternance. L'intervenant de soutien qui ne coanimait pas la séance agissait comme intervenant-observateur (visionnait les séances en temps réel à partir d'enregistrements vidéo).

Intervention

Mise en contexte

De 2014 à 2016, l'équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke a offert à trois reprises l'IBPC pour les enfants et leurs parents à la CEIEA (projets pilotes). Cette IBPC est une adaptation de l'intervention développée par Deplus et Lahaye (2015). Le volet parental de l'IBPC offerte à la CEIEA a évolué au fil des ans. En 2014, les parents avaient participé à une séance d'informations en groupe animée par une des codirectrices du projet. De plus, ils avaient reçu des feuillets d'informations hebdomadaires qui incluaient, par exemple, un résumé des concepts théoriques de base présentés aux enfants et des activités pratiques à faire à la maison. Les parents avaient demandé, entre autres, que le volet parental comporte plus de séances (bref questionnaire d'évaluation et discussions avec la codirectrice). Pour répondre à cette demande, en 2015 et 2016 l'auteure de l'étude avait ajouté quatre séances de groupe afin d'offrir plus de soutien aux parents. En s'appuyant sur la théorie dans le domaine des IBPC, sur les commentaires des parents (bref questionnaire d'évaluation) et sur leur expérience clinique, l'auteure de l'étude et les codirectrices ont proposé des améliorations à apporter au volet parental. Ces améliorations étaient les suivantes : les parents ont besoin de se familiariser de manière plus expérientielle avec la pleine conscience et l'IBPC ainsi que de pouvoir partager leur expérience vécue avec les autres parents. Ces améliorations avaient pour but de mieux outiller les parents afin qu'ils puissent aider leur enfant à composer avec ses difficultés. L'auteure de cette étude a donc développé un volet parental plus élaboré et plus expérientiel qui vise à fournir de l'éducation et du soutien psychologiques aux parents

dont l'enfant participe à l'IBPC offerte à la CEIEA. Ce volet parental s'inspire du cadre conceptuel de la MBCT (Segal et al., 2002) ainsi que de celui des IBPC pour les enfants et leurs parents (principalement les interventions de Deplus & Lahaye, 2015 et de Semple & Lee, 2011) préalablement décrits dans le chapitre « Contexte théorique » du présent mémoire doctoral.

Description du volet parental

Le volet parental de l'étude s'est tenu tous les mardis en fin d'après-midi (16 h 15 à 17 h 45 environ) du 21 mars au 9 mai 2017 à la CEIEA. L'intervenante principale et les deux intervenants de soutien (en alternance) ont animé les huit séances de groupe du volet parental : une séance d'informations et sept séances d'intervention (A à G). La durée prévue des séances était de 55 minutes (séance D), 70 minutes (séance G; pour que les parents puissent assister à la conclusion de l'intervention avec leur enfant), 75 minutes (séance d'informations et séances A, B et C) ou 80 minutes (séances E, F). La durée variait en fonction du temps alloué pour l'administration des instruments de mesure. Durant les séances, les participants (parents et intervenants) étaient assis sur des chaises disposées en cercle. Les parents avaient préalablement consenti à ce que les séances soient enregistrées par le biais de caméras vidéo.

Les intervenants disposaient d'un manuel d'intervention. Pour chaque séance, ce manuel contenait : (1) un plan qui décrit brièvement les thèmes et sous-thèmes, objectifs, activités et temps alloués; (2) un document de soutien à l'intervention pour chaque activité

– matériel, objectifs, consignes, messages clés et suggestions de verbatim; et (3) une copie des documents requis pour les activités ainsi que du manuel du parent. Après chaque séance, l’intervenante principale recevait de la supervision hebdomadaire dyadique (en compagnie de l’intervenante principale du volet pour les enfants) des codirectrices. Les intervenants de soutien ont reçu de la supervision-étudiante dyadique du 7 mars au 11 mai 2017 de l’intervenante principale (rencontre hebdomadaire d’environ 90 minutes) et de la supervision de groupe ponctuelle d’une des codirectrices.

Séance d’informations. Les parents sont venus seuls à cette séance (sans leur enfant). Les thèmes de la séance d’informations étaient : introduction et mise en place d’un cadre de groupe sécurisant. Cette séance comprenait quatre objectifs : (1) accueillir les parents et présenter la rencontre, les six intervenants des deux volets de l’IBPC, l’équipe de recherche ainsi que les règles de groupe (15 minutes); (2) présenter les parents et discuter de leurs attentes (35 minutes); (3) présenter la pleine conscience et les deux volets de l’IBPC ainsi que souligner l’importance de la pratique et de l’implication des parents (15 minutes); et (4) recueillir les commentaires des participants, répondre aux questions et clôturer la séance (10 minutes). La séance d’informations prévoyait des présentations par les intervenantes principales des deux volets, des exercices (p. ex., activité brise-glace – photolangage), des activités de partage sur les exercices et des discussions de groupe. Plus particulièrement, pour l’activité brise-glace (photolangage) l’intervenant dépose des images variées au sol au centre du cercle et invite les participants

à choisir une image qui leur ressemble comme parent ou comme intervenant ainsi qu'à la présenter au groupe.

Séances d'intervention. Chaque semaine, les parents arrivaient à la CEIEA en compagnie de leur enfant. Les séances d'intervention du volet parental et celles du volet pour les enfants avaient lieu en même temps dans des locaux différents. Le Tableau 3 résume les thèmes et objectifs des séances d'intervention du volet parental. En général, ces séances étaient divisées en quatre blocs. L'intervenante principale a animé la majeure partie des séances. En plus d'animer le troisième bloc de chaque séance, les intervenants de soutien ont animé une activité par séance.

Tableau 3

Thèmes et objectifs des séances d'intervention du volet parental

Séance	Thèmes	Objectifs de la séance
A	Introduction à la pleine conscience	Présenter et pratiquer la pleine conscience en insistant sur les attitudes de base (curiosité, ouverture, acceptation, non-réactivité) et en contrastant avec la manière habituelle de faire les choses
B	Les émotions et leurs composantes	Présenter et pratiquer la pleine conscience des trois composantes de l'émotion en insistant sur les sensations corporelles
C	Les émotions et leurs fonctions adaptatives	Présenter les fonctions adaptatives des émotions et initier les parents à la pratique de la respiration en pleine conscience
D	La respiration en pleine conscience	Pratiquer la respiration en pleine conscience comme moyen de s'arrêter, de s'ancrer dans le moment présent et d'observer les émotions
E	Les émotions et les pensées	Initier les parents à ne pas prendre les pensées pour des faits et à choisir d'agir en fonction de ce qui est important pour eux
F	L'acceptation des émotions	Pratiquer l'accueil et l'observation de l'ensemble des composantes de l'émotion, à respirer en pleine conscience et à agir en fonction des valeurs personnelles
G	Ce n'est qu'un début : regarder en arrière et regarder en avant	Initier les parents à l'autocompassion, réfléchir sur l'intervention, sur la signification personnelle de la pleine conscience et aux moyens pour maintenir la pratique ainsi que discuter de la fin du groupe

Les séances d'intervention débutaient par l'accueil des parents, la présentation de la rencontre et le retour sur la semaine précédente ainsi que sur la dernière rencontre, si pertinent (15 minutes). Par exemple, les succès et défis en lien avec les activités pratiques réalisées à la maison par les enfants, les concepts en lien avec la pleine conscience et les émotions ainsi que la dynamique de groupe étaient des thèmes discutés avec les participants. Le deuxième bloc visait à travailler les thèmes et objectifs de la séance. Ce bloc incluait principalement des activités pratiques (méditations et exercices) et des activités de partage (entre 35 et 45 minutes, sauf pour la séance D – 15 minutes). Le Tableau 4 présente les objectifs de chacune des activités pratiques réalisées à chaque séance. Le troisième bloc des séances d'intervention incluait une brève présentation de la séance et des activités pratiques des enfants réalisées en séance et celles à faire à la maison (15 minutes). Un schéma qui résume la séance pour enfants et la feuille des activités pratiques à réaliser à la maison par les enfants étaient remis aux parents. Le dernier bloc permettait de recueillir les commentaires et de répondre aux questions des parents, de clôturer la séance et de remettre le manuel du parent (10 minutes). Ce manuel contenait un résumé des concepts abordés durant la séance ainsi que des consignes pour les activités pratiques à faire à la maison par les enfants et une liste de références (séance G). Les parents conservaient les documents remis durant la séance dans un cartable (p. ex., schéma qui résume la séance pour enfants, manuel du parent).

Tableau 4

Description des objectifs des activités pratiques

Séance	Activités pratiques	Objectifs des activités
A	Méditation du martien	Présenter la pleine conscience et le pilote automatique en portant attention à un objet – une canneberge – et en l’explorant avec curiosité comme si on débarquait à l’instant de Mars
	Visionnement d’un extrait du film <i>Avatar</i>	Illustrer la pleine conscience à l’aide d’une métaphore et résumer les concepts clés en lien avec la définition
B	Jeu de rôles à partir d’une bande dessinée (Carabal, 1998)	Présenter les trois composantes des émotions (pensées, sensations corporelles, comportements)
	Méditation	Initier le parent à prendre conscience des sensations corporelles en déplaçant volontairement son attention avec souplesse sur différentes parties de son corps
C	Visionnement d’un extrait du film <i>Avatar</i> et de la bande-annonce du film <i>Vice Versa</i>	Présenter les fonctions adaptatives des émotions à l’aide de métaphores
	Méditation	Initier le parent à prendre conscience de sa respiration comme moyen pour se centrer sur le moment présent
D	Méditation	Initier le parent à s’arrêter, se reconnecter au moment présent, prendre conscience de sa respiration et faire le point sur l’expérience vécue à l’intérieur et à l’extérieur de lui

Tableau 4

Description des objectifs des activités pratiques par séance (suite)

Séance	Activités pratiques	Objectifs des activités
E	Lecture de courts textes à voix haute : Andréa et Michel face à un examen ainsi que John à l'école (Semple & Lee, 2016)	Initier le parent à ne pas prendre ses pensées pour des faits (plutôt une interprétation de la réalité) et l'aider à comprendre l'influence de ses pensées sur ses émotions
	Exercice guidé : désobéir à sa pensée (Schoendorff, Grand, & Bolduc, 2011)	Initier le parent à ne pas écouter ses pensées (décentration/distanciation par rapport aux pensées)
F	Méditation	Initier le parent à accueillir l'expérience vécue dans une situation de la vie quotidienne avec son enfant qui suscite une émotion désagréable chez le parent
	Identification des valeurs importantes à partir d'une liste	Aider le parent à choisir les comportements à adopter dans sa relation avec son enfant en clarifiant ses valeurs parentales
	Lecture du livre <i>Le petit souci</i> (Herbaults, 1999) à voix haute	Initier le parent à prendre conscience des stratégies d'évitement expérientiel de son enfant et discuter des inconvénients de ces stratégies
G	Méditation	Initier le parent à l'autocompassion (être bienveillant envers lui-même)
	Écriture d'une lettre à son meilleur ami et métaphore du jardinier	Aider le parent à réfléchir à la signification de la pleine conscience pour lui et à l'utilité du volet parental dans la vie quotidienne avec son enfant

Déroulement de la recherche

Avant le début de l'intervention (prétest), les parents se sont présentés avec leur enfant à la CEIEA pour une séance d'évaluation individuelle où ils ont complété le questionnaire d'informations générales et le FFMQ (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011). Au début de chacune des huit séances du volet parental, l'intervenante principale a compilé la feuille de présence. Ensuite, à la fin de ces séances les parents ont rempli le questionnaire d'évaluation de la satisfaction (QÉS) remis par l'intervenante principale. De plus, lors du visionnement des séances en direct à la CEIEA les intervenants-observateurs (en alternance) ont complété la grille d'observations (GO). Pour leur part, l'intervenante principale et les intervenants de soutien (en alternance) ont complété le journal de bord (JB) à leur convenance durant la semaine suivant l'animation des séances. Les intervenants ont reçu deux formations d'environ 30 minutes chacune sur les instruments de mesure de la part de l'intervenante principale. La première a eu lieu avant le début de l'intervention (présenter la GO et le JB) et la seconde a eu lieu après la première séance d'intervention. Ces formations visaient à s'assurer que les intervenants comprenaient bien les instruments de mesure. Finalement, après la fin de l'intervention (post-test) les parents ont rempli le questionnaire d'évaluation de l'utilité (QÉU) et le FFMQ (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011). Le Tableau 5 présente une synthèse du déroulement, soit une description des moments où les différents instruments de mesure ont été complétés et par quels répondants, ainsi que le temps requis pour les remplir.

Tableau 5

Synthèse du déroulement de la recherche

Instruments de mesure/répondants	Durée maximale d'administration par temps de mesure (en minutes)		
	T0	T1-T8	T9
	Prétest	Séance d'informations Séances A-G	Post-test
Parents			
Questionnaire d'informations générales	10	-	-
FFMQ – en français	10	-	10
QÉS	-	10	-
QÉU	-	-	15
Intervenants (principale et de soutien)			
Feuille de présence	-	5	-
JB	-	20	-
Intervenant-observateur			
GO	-	75	-

Note. À la séance D, les parents ont également rempli des questionnaires pour l'évaluation du volet pour les enfants de l'intervention (durée maximale additionnelle : 20 minutes).

FFMQ = *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011); QÉS = Questionnaire d'évaluation de la satisfaction; QÉU = Questionnaire d'évaluation de l'utilité; JB = Journal de bord; GO = Grille d'observations.

Instruments de mesure**Questionnaire d'informations générales**

Cet instrument vise à recueillir des informations sociodémographiques sur les enfants et les parents (p. ex., statut d'emploi, revenu familial et dernière année scolaire

complétée par le parent; voir Appendice D). Il comporte 17 questions à choix de réponses ou à très court développement. Cet instrument a été développé par les chercheuses du projet global de recherche.

Évaluation de l'implantation

Feuille de présence. Cet instrument évalue la faisabilité du volet parental. L'intervenant compile pour chaque parent, sous forme de tableau, les présences, les abandons et les raisons pour les abandons ou les absences, le cas échéant (voir Appendice E). Il a été conçu pour les fins de l'étude.

Questionnaire d'évaluation de la satisfaction. Cet instrument évalue l'acceptabilité du volet parental selon les parents (voir Appendice F). Le QÉS mesure leur satisfaction à l'égard de cinq indicateurs : satisfaction générale et satisfaction par rapport au contenu (thème et objectifs), aux moyens (activités et matériel), à l'animation et au climat de groupe. Il inclut un total de 25 questions. Plus spécifiquement, le QÉS comprend 18 questions fermées (échelle de Likert de 1 : *en désaccord* à 4 : *en accord*) qui portent sur des énoncés relatifs à chaque indicateur ainsi que cinq questions ouvertes pour recueillir les perceptions des parents en lien avec chaque indicateur. De plus, il inclut deux questions ouvertes pour que les parents puissent se prononcer sur des aspects plus généraux (commentaires ou suggestions d'améliorations et éléments les plus appréciés). Le QÉS est une adaptation du *Questionnaire d'évaluation de la rencontre* de Massé, Verreault et Verret (2011) réalisée par l'auteure de l'étude.

Journal de bord. Ce questionnaire évalue l'acceptabilité et la fidélité de l'implantation du volet parental (indicateur : adhésion au processus) selon les intervenants (voir Appendice G). Pour l'acceptabilité, le JB mesure leur satisfaction à l'égard de cinq indicateurs : satisfaction générale et satisfaction par rapport au contenu (thème et objectifs), aux moyens (activités et matériel), à l'animation et au climat de groupe. Pour la fidélité, le JB évalue dans quelle mesure les intervenants perçoivent avoir adopté les cinq facettes de la pleine conscience durant la séance soit l'observation, la description, l'action en pleine conscience, la non-réactivité ainsi que le non-jugement et l'acceptation (Baer et al., 2006). Le JB inclut un total de 20 questions. Plus spécifiquement, pour l'évaluation de l'acceptabilité il contient six questions fermées (échelle de Likert de 1 : *totalelement insatisfait* à 4 : *totalelement satisfait*) et cinq questions ouvertes pour recueillir les impressions des intervenants pour chaque indicateur. De plus, les intervenants décrivent les points positifs de la séance et améliorations à y apporter (deux questions ouvertes). Finalement, ils fournissent une appréciation générale de la rencontre (une question; échelle de Likert de 1 : *peu satisfait* à 10 : *très satisfait*). Pour l'évaluation de la fidélité, le JB comprend cinq énoncés qui portent sur chacune des facettes de la pleine conscience. Pour ce faire, les intervenants répondent à cinq questions fermées (échelle de Likert de 1 : *totalelement incapable* à 4 : *totalelement capable*) et une question ouverte pour recueillir leurs impressions sur leur capacité à être pleinement conscient durant la séance. Cet instrument de mesure a été développé pour les fins de l'étude.

Grille d'observations. Cet instrument mesure la fidélité de l'implantation (indicateurs : adhésion au contenu et au temps ainsi que la réactivité des parents selon les intervenants-observateurs (en alternance; voir Appendice H). La GO contient entre 25 et 34 questions ou données à inscrire (temps en minutes) au total (selon le nombre d'objectifs et d'activités de la séance). Plus particulièrement, pour l'adhésion au contenu l'intervenant-observateur évalue dans quelle mesure les intervenants respectent le contenu à l'aide de questions fermées (entre 10 et 13 questions). Ces questions portent sur des énoncés relatifs au thème, aux objectifs et aux activités (échelle de Likert de 1 : *tout à fait en désaccord* à 4 : *tout à fait d'accord*). Ensuite, pour l'adhésion au temps l'intervenant-observateur note le temps réel pour chaque objectif et chaque activité prévus (entre 9 et 12 données à inscrire). Puis, pour la réactivité ils évaluent la participation à l'aide du niveau d'enthousiasme des parents pour chaque activité prévue (entre 5 et 8 questions; échelle de Likert de 1 : *nul* à 4 : *excellent*). Finalement, l'intervenant-observateur ajoute tout commentaire pertinent (une question). Cet instrument de mesure a été conçu pour les fins de l'étude.

Exploration de l'efficacité

Questionnaire d'évaluation de l'utilité. Cet instrument mesure l'efficacité préliminaire (indicateurs : utilité et changements dans la vie quotidienne) selon les parents (voir Appendice I). Le QÉU contient un total de 19 questions. Tout d'abord, les parents évaluent des énoncés relatifs à l'utilité de l'intervention. Plus spécifiquement, ils répondent à huit questions fermées (échelle de Likert de 1 : *tout à fait en désaccord* à

4 : *tout à fait en accord*) et à une question ouverte (brefs commentaires). Ensuite, les parents évaluent des énoncés relatifs aux changements qu'ils perçoivent dans certains domaines de leur vie quotidienne. Plus particulièrement, ils répondent à huit questions fermées (échelle de Likert 1 : *changement négatif*, 2 : *aucun changement*, 3 : *un peu de changement positif* et 4 : *changement positif*) et à une question ouverte (autres changements qui se sont produits après la participation au volet parental). Finalement, les parents inscrivent tous autres commentaires ou suggestions pertinents. Le QÉU est une adaptation de questionnaires d'évaluation d'IBPC (Bögels & Restifo, 2014; Semple & Lee, 2011) réalisée par l'auteure de l'étude.

Five Facets Mindfulness Questionnaire (Baer et al., 2006; Baer et al., 2008).

Cet instrument autorapporté est utilisé dans l'étude pour évaluer l'efficacité préliminaire (indicateur : changements dans les capacités de pleine conscience – globale et cinq facettes – des parents; voir Appendice J). Le FFMQ mesure la pleine conscience chez les adultes, conceptualisée comme un trait (Grégoire et De Mondehare, 2016). Il comporte 39 énoncés relatifs aux cinq facettes de la pleine conscience (observation : 8 énoncés; description de l'expérience : 8 énoncés; action en pleine conscience : 8 énoncés; non-réactivité aux événements privés : 7 énoncés; et non-jugement : 8 énoncés). Les énoncés sont évalués à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points (1 : *jamais ou très rarement vrai* à 5 : *très souvent ou toujours vrai*). Le FFMQ permet d'obtenir un score brut pour chacune des cinq facettes et un score brut global de pleine conscience (somme des cinq scores bruts). Les parents ont complété la version française du FFMQ traduit et validé par

Heeren et al. (2011) auprès de 214 volontaires (131 femmes et 83 hommes). Selon Heeren et al. (2011), cette traduction possède une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne fidélité temporelle sur une période de huit semaines pour chacune des facettes et pour l'échelle globale de pleine conscience (cohérence interne : α de 0,76 à 0,89; fidélité temporelle : r de 0,41 à 0,73).

Mode d'analyse des données

Dimension descriptive

Pour cette dimension, l'étude s'appuie principalement sur l'observation documentaire. Plus spécifiquement, l'auteure de l'étude a consulté des documents écrits (manuel d'intervention, dépliant explicatif sur l'intervention et le projet de recherche, etc.) De plus, elle en a extrait les informations factuelles pertinentes pour décrire la logique opérationnelle du volet parental (Mace & Pétry, 2000). Ces données ont fait l'objet d'une analyse de contenu qui visait à faire ressortir les composantes fondamentales de la logique opérationnelle et à les présenter schématiquement à l'aide du modèle logique (Dépelteau, 2011; Paillé & Mucchielli, 2012).

Dimension évaluative

Pour l'analyse des données relatives à cette dimension, l'étude s'appuie sur une méthode mixte simultanée (Creswell, 2014) avec priorisation des données quantitatives. Ceci signifie que les statistiques descriptives compilées à partir des données quantitatives ont été complétées par les données qualitatives qui ont fait l'objet d'analyses de contenu.

Plus spécifiquement, l'étude s'appuie sur une analyse des données en deux étapes en fonction du type de données (quantitatives et qualitatives).

La première étape a consisté à calculer des statistiques descriptives à partir des données quantitatives recueillies pour chacun des quatre aspects et indicateurs évalués (moyennes, écarts-types, fréquences ou taux). La deuxième étape a consisté à traiter les données qualitatives pour l'évaluation de l'acceptabilité, de la fidélité et de l'efficacité préliminaire ainsi que celles relatives aux améliorations¹. Tout d'abord, les données qualitatives (réponses des participants aux questions ouvertes des questionnaires qui portent sur ces aspects) ont été compilées dans un même fichier. Ensuite, les données ont été codées en 12 catégories (une par indicateur; une pour les améliorations) et une valence leur a été attribuée (+1 : *citation favorable*; -1 : *citation défavorable*). Plus particulièrement, pour l'acceptabilité et la fidélité tous les indicateurs ont servi de catégorie (voir Tableau 2 pour la description des indicateurs). Pour l'efficacité préliminaire deux indicateurs (l'utilité et les changements dans la vie quotidienne) ont servi de catégorie. De plus, les données ont été regroupées par catégorie. Finalement, pour chaque catégorie (à l'exception de celle pour les améliorations) l'analyse a permis de retenir des citations pertinentes pour illustrer ou enrichir les statistiques descriptives. Pour la catégorie améliorations, une brève analyse de contenu a été réalisée afin de faire ressortir les principales améliorations suggérées par les participants.

¹ Étant peu exhaustives, les données qualitatives relatives à l'évaluation de la faisabilité ont pu être rapportées directement sans faire l'objet d'une analyse particulière.

Considérations éthiques

Le projet global de recherche dans lequel s'inscrit cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Sherbrooke le 28 octobre 2016 (voir Appendice B). Le consentement libre et éclairé des enfants, des parents et des intervenants a été obtenu à l'aide de formulaires (voir Appendice C) détaillant, par exemple, les objectifs du projet, son déroulement, le droit de retrait du projet sans préjudice quant à leur participation à l'intervention ainsi que les principaux risques et avantages associés. L'anonymat des participants a été conservé en attribuant un code aux questionnaires, supprimant ainsi toutes données nominatives en lien avec les participants. Finalement, tous les questionnaires sont conservés sous clé dans une filière au laboratoire de recherche.

Résultats

L'objectif de ce chapitre est de présenter les résultats relatifs aux deux dimensions de l'étude. La première partie de ce chapitre porte sur la dimension descriptive. Elle vise à présenter le modèle logique du volet parental. La deuxième partie porte sur la dimension évaluative de l'étude et comprend six sections. Tout d'abord, afin de contextualiser les résultats de cette étude, la première section permet de présenter des observations sur la nature et le nombre de données recueillies. Les quatre sections suivantes traitent des aspects évalués (faisabilité, acceptabilité, fidélité et efficacité préliminaire) et sont subdivisées par indicateur. Chaque sous-section débute par la présentation de statistiques descriptives. Pour compléter et enrichir ces données quantitatives, ces sous-sections contiennent également des citations pertinentes de participants (parents ou intervenants; les mots « fille » et « garçon » ont été remplacés par « enfant » afin de conserver la confidentialité). Finalement, la dernière section vise à présenter les suggestions des participants pour améliorer le volet parental.

Dimension descriptive

Le premier objectif de l'étude est d'identifier et de décrire le cadre conceptuel du volet parental, et plus particulièrement ses composantes fondamentales à l'aide du modèle logique. Pour ce faire, l'étude s'appuie sur l'observation documentaire et l'analyse de contenu des documents pertinents (p. ex., manuel d'intervention du volet parental, manuel

du parent, dépliant explicatif de l'IBPC et du projet de recherche). De plus, les constats de l'auteure de l'étude à la suite de la recension des écrits sur les IBPC, des observations participatives directes non structurées et structurées (JB) et des expériences cliniques antérieures (projets pilotes) ont enrichi l'analyse de contenu. Cette démarche a permis d'identifier l'objectif principal du volet parental ainsi que de dégager, sélectionner et catégoriser ses composantes fondamentales (ressources, activités, processus, extrants, facteurs contributifs, groupe cible et résultats) et de les présenter schématiquement à l'aide du modèle logique.

Le volet parental est un groupe d'éducation et de soutien psychologiques pour les parents des enfants qui participent à l'IBPC offerte à la CEIEA. La Figure 2 présente le modèle logique du volet parental tel que mis en œuvre par les intervenants. Le volet parental s'appuie sur les hypothèses suivantes : (1) l'intervenante principale, supervisée par une psychologue d'expérience, possède les compétences cliniques de base en intervention de groupe et en IBPC; et (2) elle a une pratique personnelle de pleine conscience suffisante pour animer l'intervention et superviser les intervenants de soutien. De plus, la logique du volet parental s'appuie sur la définition opérationnelle de la pleine conscience proposée par Deplus et al. (2014).

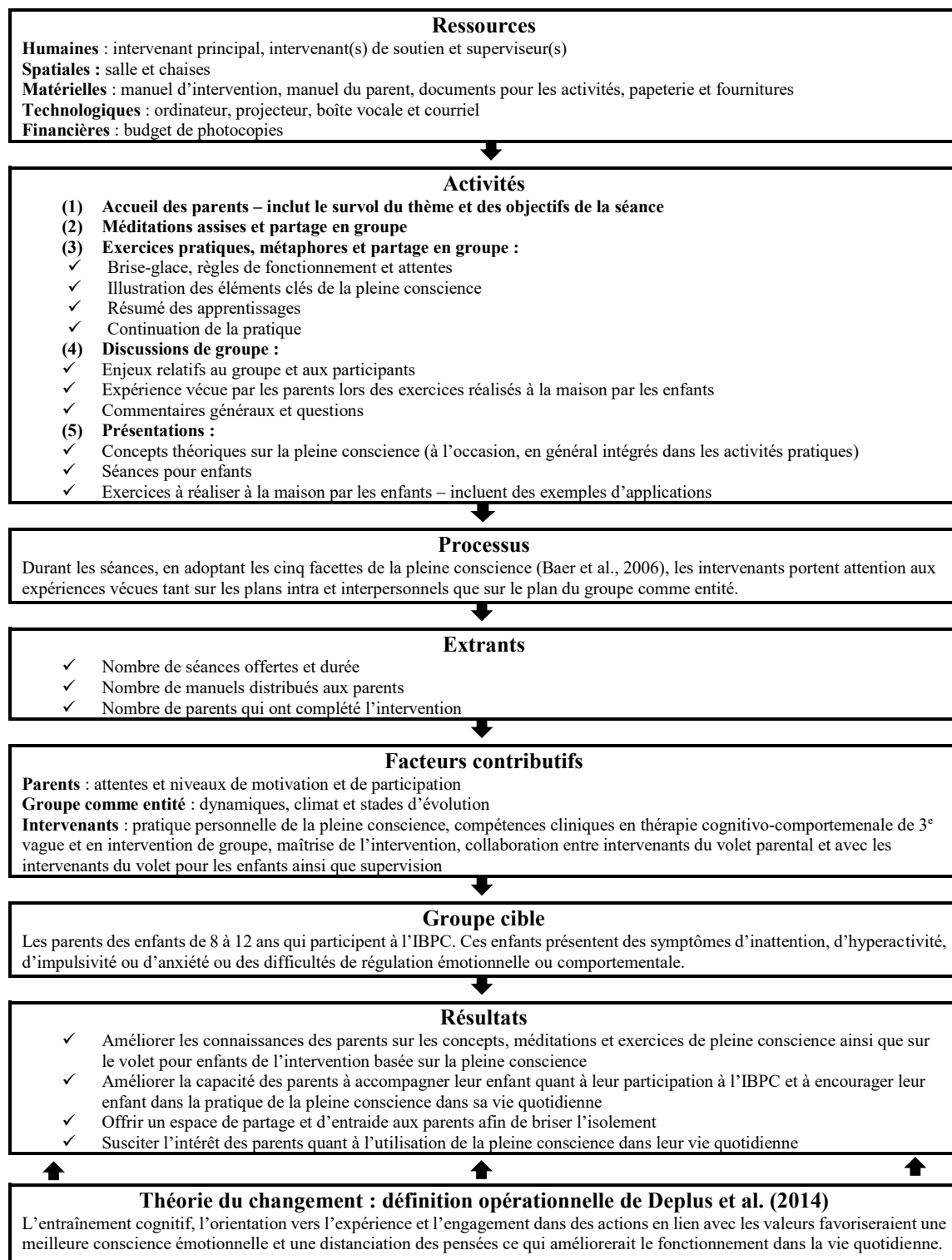


Figure 2. Modèle logique du volet parental de l'IBPC pour les enfants et leurs parents.

Dans l'ensemble, les intervenants ont mis en œuvre le volet parental de manière conforme à ce qui était prévu. Ils ont apporté les modifications suivantes à sa logique initiale : (1) ajout de discussions de groupe sur les enjeux relatifs au groupe et aux participants (à partir de la séance B); (2) retrait de la discussion de groupe sur les exemples concrets d'application tirés de la vie quotidienne des parents pour les activités à réaliser durant la semaine à venir par leur enfant (à partir de la séance B); (3) ajout d'une brève méditation en début de séance pour prendre davantage conscience des émotions et sensations corporelles (séances B, C et D); (4) ajout d'une méditation sur l'autocompassion (séance G); et (5) ajout de 5 minutes aux séances E, F et G (moins de temps consacré aux questionnaires de recherche).

Dimension évaluative

Observations sur les données recueillies

Les questionnaires complétés et les questions répondues (nombre et taux) par questionnaire, catégorie de données et par type de répondants ont été analysés.

Questionnaires complétés. Le taux de réponse, exprimé en pourcentage, représente le rapport entre le nombre total de questionnaires complétés et le nombre total de questionnaires (voir Tableau 6). Le taux de réponse est de 94 % pour le QÉS (quatre questionnaires manquants en raison des absences) et de 100% pour les autres questionnaires.

Tableau 6

Nombre de questionnaires complétés et nombre total de questionnaires

Questionnaires	Complétés	Total
FFMQ – en français	16	16
QÉS	60	64
QÉU	8	8
JB	16	16
GO	8	8

Note. FFMQ = *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011); QÉS = Questionnaire d'évaluation de la satisfaction; QÉU = Questionnaire d'évaluation de l'utilité; JB = Journal de bord; GO = Grille d'observations.

Questions répondues. Cette étude s'appuie sur deux catégories de données :

(1) les données quantitatives — proviennent de questions dont la réponse est exprimée sous forme d'échelle de Likert (principalement) ou de nombre de minutes; et (2) les données qualitatives — proviennent de questions où le participant répond par un court développement. Le FFMQ (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011) ne contient que des données quantitatives alors que les autres questionnaires contiennent les deux catégories de données. L'analyse des données a révélé qu'en général les réponses sous forme d'un court développement sont succinctes (un mot à environ deux ou trois courtes phrases). Les intervenants ont répondu de manière un peu plus élaborée que les parents. En général, les participants ont surtout émis des commentaires positifs. Les intervenants ont émis plus de commentaires négatifs et de suggestions d'améliorations que les parents.

Le nombre de questions complétées par instrument de mesure varie en fonction de la nature des données. Le taux de réponse, exprimé en pourcentage, représente le rapport entre le nombre total de questions répondues et le nombre total de questions. Pour les données quantitatives, le taux de réponse pour l'ensemble des questionnaires est de 100 %. Pour les données qualitatives, le portrait diffère selon le type de participant. Pour les questionnaires remplis par les intervenants, le taux de réponse est de 100 %. Pour les parents, le taux de réponse du QÉS est de 54 %, c'est-à-dire qu'en moyenne les parents ont répondu à 4 des 7 questions à court développement de ce questionnaire. Entre parents, il varie de 22 % (environ deux questions) à 76 % (environ cinq questions). Pour le QÉU, le taux de réponse est de 83 %; entre parents, il varie de 33 % (environ une question) à 100 % (trois questions).

Aspect I : faisabilité

Pour évaluer la faisabilité du volet parental, les indicateurs ciblés sont : (1) les abandons (nombre de parents et taux d'abandon) et les raisons de l'abandon; ainsi que (2) l'assiduité pour l'intervention et par séance (nombre de parents et taux de présence) et les raisons pour les absences. Le taux d'abandon, exprimé en pourcentage, représente le rapport entre le nombre de parents qui n'ont pas complété le volet parental et le nombre de parents recrutés ($N = 10$). Le taux de présence, exprimé en pourcentage, correspond au rapport entre le nombre de parents présents et le nombre de parents qui ont complété le volet parental ($n = 8$).

Abandons. Deux des 10 parents recrutés (20 %) ont abandonné, car leur enfant ne pouvait plus participer à l'intervention. Plus spécifiquement, le premier parent a abandonné après la séance d'informations car son enfant, en raison de la dégradation de sa santé mentale, s'est vu offrir une modalité thérapeutique qui convenait mieux; le second au milieu de la séance D parce que son enfant présentait d'importants comportements d'opposition et de provocation qui rendaient sa participation à une intervention de groupe difficile.

Assiduité. Le taux de présence pour l'intervention est de 94 %. Plus spécifiquement, pour les séances d'informations, A, C, D et G, tous les parents étaient présents (100 %); pour les séances B et E, sept parents étaient présents (88 %); et pour la séance F, six parents étaient présents (75 %). Deux des absences sont attribuables à des déplacements pour le travail (prévus avant le début de l'intervention) et deux parents ont dû s'absenter, car leur enfant était malade.

Aspect II : acceptabilité

Pour évaluer l'acceptabilité du volet parental, cette étude se base sur la satisfaction des parents et des intervenants (score de satisfaction) pour l'intervention dans son ensemble ainsi que pour chaque séance et type de répondants. À chaque séance, les parents ont évalué leur niveau d'accord avec des énoncés qui portent sur les cinq indicateurs ciblés (de 2 à 7 énoncés par indicateur). Les parents ont utilisé une échelle de Likert en quatre points pour répondre (1 : *en désaccord* à 4 : *en accord*). Pour chaque séance, les

intervenants ont également évalué leur satisfaction par rapport aux cinq indicateurs (1 ou 2 énoncés par indicateur). Pour la satisfaction globale, les intervenants ont utilisé une échelle de Likert en 10 points (1 : *peu satisfait* à 10 : *très satisfait*). Pour les autres indicateurs, les intervenants ont répondu avec une échelle de Likert en quatre points (1 : *totalelement insatisfait*, 2 : *plutôt insatisfait*, 3 : *plutôt satisfait* et 4 : *totalelement satisfait*). Pour les indicateurs où l'évaluation de la satisfaction s'appuie sur plus d'un énoncé, le score de satisfaction représente la moyenne des scores.

En général, l'analyse des résultats n'a pas révélé de différence significative entre les séances ainsi qu'entre les parents et les intervenants. Le résultat par séance est rapporté lorsque le score pour cette séance est inférieur à 3 ou à 7,5 pour la satisfaction globale des intervenants (différence significative).

Satisfaction par rapport au contenu. Pour l'ensemble de l'intervention, les parents ($M = 3,71$, $ET = 0,20$) et les intervenants ($M = 3,50$, $ET = 0,38$) ont indiqué être satisfaits par rapport au contenu des séances (énoncés par rapport aux thèmes et objectifs).

Dans l'ensemble, les commentaires des participants (parents et intervenants) témoignent de leur satisfaction par rapport au contenu. Par exemple, lorsque questionnés sur le thème et les objectifs de la rencontre, des parents ont indiqué « *Intéressant* »; « *Très pertinent* »; et « *Ce thème m'a rejoint et ébranlé compte tenu de la journée difficile avec mes enfants* » [séance G : ce n'est qu'un début : regarder en arrière et regarder en avant].

Des intervenants ont mentionné : « *Adéquats.* »; « *Clair et parlant pour les participants* » [séance E : les émotions et les pensées]; ou « *Thème et objectifs pertinents, en lien avec le cheminement actuel des parents* » [séance F : l'acceptation des émotions]. Selon certains parents, les intervenants auraient pu développer davantage le thème de certaines séances : « *Contenu simple pas assez en profondeur* » [séance C : les émotions et leurs fonctions adaptatives]; « *Manque un peu d'explications* » [séance D : la respiration en pleine conscience]; et « *Le thème est large pour le temps donné* » [séance F].

Satisfaction par rapport aux moyens. Pour l'ensemble de l'intervention, les parents ($M = 3,55$, $ET = 0,09$) et les intervenants ($M = 3,56$, $ET = 0,42$) ont indiqué être satisfaits par rapport aux moyens utilisés durant les séances (activités, matériel et manuel du parent – pour les parents seulement).

Les participants ont principalement émis des commentaires positifs par rapport à cet indicateur. Par exemple, des parents ont mentionné : « *Tout est pertinent.* »; « *Les exercices m'ont beaucoup aidé.* »; et « *Très enrichissants, aident beaucoup à assimiler le contenu* ». De plus, des parents ont donné des exemples d'activités spécifiques qu'ils ont aimées. Ces activités sont : les méditations « méditation du martien » et « espace de respiration de trois minutes » (méditation de la séance D), l'exercice brise-glace « photolangage », le jeu de rôle à partir d'une bande dessinée (séance B) ou les exercices sur les émotions et les pensées (séance E) ainsi que la métaphore du jardinier. Enfin, des

parents ont mentionné à plusieurs reprises avoir particulièrement aimé les activités de partage et les discussions sur la dynamique de groupe.

Les commentaires des intervenants vont dans le même sens. Par exemple, ils ont indiqué : « *Exercices bien adaptés aux objectifs.* »; « *Exercices très appréciés, car ils constituent une manière concrète de travailler les objectifs.* »; « *Les activités ont fait du sens pour les participants.* »; « *Parents ont besoin d'un espace pour partager leur vécu de parents* »; et « *Retour sur le fonctionnement de groupe semble très aidant pour améliorer la participation.* »

Les quelques commentaires moins favorables émis par les participants ont principalement trait à la pertinence d'utiliser des extraits de films pour illustrer les concepts. Par exemple, un intervenant et un parent ont mentionné : « *Extraits du film Avatar pour résumer l'attitude du martien un peu redondant* » [séance A : introduction à la pleine conscience] ou « *Avatar semble moins raisonner* » [séance C] et « *J'ai trouvé plus facile d'intégrer cette approche par les exercices pratiques que par les discussions autour des vidéos.* »

Satisfaction par rapport à l'animation. Pour l'ensemble de l'intervention, les parents ($M = 3,76$, $ÉT = 0,08$) ont indiqué être satisfaits par rapport à l'animation des séances (exemples d'énoncés : utilisation du temps et respect des émotions par les animateurs). Les intervenants ($M = 3,34$, $ÉT = 0,44$) ont également rapporté être satisfaits

par rapport à l'animation des séances (exemples d'énoncés : prestation comme animateur et cointervention). Finalement, les intervenants, plus particulièrement l'intervenant de soutien, ont rapporté être relativement moins satisfaits de l'animation de la séance E qui portait sur les émotions et les pensées ($M = 2,75$, $ET = 1,06$).

Dans l'ensemble, les commentaires témoignent de la satisfaction des participants par rapport à l'animation. Les parents n'ont émis que des commentaires positifs. Par exemple, certains ont indiqué : « *Ils maîtrisent bien le contenu, sont bien préparés.* »; « *J'aime leur rôle zen, calme, accueillant et humoristique.* »; « *M'ont mis en confiance.* »; « *Rôle de guide, sait s'effacer quand il le faut et laisser place aux participants.* »; « *Les animatrices font bien participer les gens et partagent aussi leurs pensées et cela aide beaucoup.* »; et « *Chapeau à vous trois. Sans être des thérapeutes, l'attitude de neutralité bienveillante, votre ouverture et votre écoute ont définitivement aidé à ce que le groupe finisse par s'ouvrir.* »

En général, les intervenants ont abondé dans le même sens. Par exemple, ils ont mentionné : « *Bonne capacité de l'animatrice principale à faire preuve de flexibilité pour trouver l'équilibre entre ce qui est manualisé et les besoins du groupe* »; « *Je [intervenante principale] suis arrivée en début de séance avec l'intention d'équilibrer savoirs/savoir-être/savoir-faire et je pense que cela a été très aidant.* »; « *Belle coanimation!* »; et « *Soutien à l'animation très aidante.* » Des intervenants ont émis certains bémols par rapport au rôle des intervenants de soutien particulièrement pour les premières séances.

Par exemple, un intervenant de soutien a mentionné : « [...] *mis à part lors des parties où j'animais, j'ai trouvé que j'étais trop reculé et que je n'ai pas assez participé* ». Pour sa part, l'intervenante principale a noté : « *J'aurais apprécié une plus grande participation de la part du soutien à l'animation entre autres pour modeler les échanges entre les participants [...]* ». Selon elle, la situation s'est améliorée au fil du temps : « *Belle co-construction entre animatrices qui facilite le modelage des interventions dans le groupe* ». Pour expliquer le score moins élevé attribué à la séance E, l'intervenant de soutien a rapporté : « *J'étais un peu fatigué à certains moments. J'étais tenté d'intervenir, mais je me retenais.* »

Satisfaction par rapport au climat de groupe. Pour l'ensemble de l'intervention, les parents ($M = 3,82$, $ÉT = 0,15$) ont rapporté être satisfaits par rapport au climat de groupe durant les séances (exemples d'énoncés : écoute des émotions ou des idées par les autres parents et climat agréable). Les intervenants ($M = 3,50$, $ÉT = 0,60$) ont aussi indiqué être satisfaits par rapport au climat de groupe (exemples d'énoncés : climat de groupe et participation des parents). Finalement, les intervenants, plus particulièrement l'intervenant de soutien, ont rapporté être relativement moins satisfaits du climat de groupe de la séance A qui portait sur l'introduction à la pleine conscience ($M = 2,50$, $ÉT = 0,71$).

Dans l'ensemble, les commentaires ont révélé la satisfaction par rapport au climat de groupe : « *Climat productif et agréable.* »; « *Beaucoup d'honnêteté.* »; « *L'écoute des*

autres participants est bonne. »; « Parents capables de s'ouvrir et de parler de leur vécu. »; « Le climat est respectueux et le groupe emmène des éléments de discussion intéressants. »; « Alliance thérapeutique très bonne. »; « Bel équilibre de groupe! »; « Le groupe est capable de s'autoréguler. »; « Les parents se soutiennent entre eux. »; et « Tour de parole fluide ».

Certains participants ont exprimé des bémols : *« Plus grande facilité à parler de ce qui se passe à la maison, à l'extérieur que de ce qui se passe en séance, dans le groupe. »; « J'aurais aimé un climat à la fois détendu et plus dynamique. »; « Apparition du dévoilement du sentiment de culpabilité chez les parents en raison du fait qu'ils ne pratiquent pas suffisamment la pleine conscience. »; et « Dommage que la séance [séance D] doive être coupée pour les questionnaires, car il y avait beaucoup d'échanges pertinents. »* Pour expliquer le score moins élevé attribué à la séance A, l'intervenant de soutien a indiqué : *« Les gens participaient un peu moins que lors de la rencontre d'accueil. »*

Selon les commentaires, la satisfaction par rapport au climat de groupe a évolué au fil des séances. Par exemple, lors des premières séances des participants ont noté : *« Les gens ne se sont pas encore pleinement laissés aller dans la pleine conscience. Encore un peu de scepticisme? »; « Il y avait peu d'interactions. Les gens semblent trop timides pour que les échanges soient très utiles. La glace n'a peut-être pas été assez brisée. »; et « Nous sommes encore un peu gênés. Je pense qu'au fil des rencontres je me sentirai plus à*

l'aise. » À partir de la mi-parcours, des participants ont indiqué : « Le climat de groupe et la place de chacun semblent s'installer. »; « Le climat s'améliore. La séance semble plus constructive que la précédente. »; « On sent le groupe s'installer. »; « Les participants et le groupe dans l'ensemble sont passés de la phase de transition à la phase de travail. »; et « Participants échantent de plus en plus entre tous les membres du groupe et pas seulement avec l'intervenante. »

La dernière séance a suscité des commentaires particuliers : *« Climat différent qu'à l'habitude, probablement en lien avec les activités proposées (suscitaient de se recueillir). »; et « Le climat était parfois lourd, mais travailler sur soi-même est un travail difficile et je crois que c'était un passage obligé. »*

Satisfaction globale. Pour l'ensemble de l'intervention, les parents ($M = 3,55$, $ÉT = 0,15$) ont rapporté être satisfaits par rapport aux séances du volet parental (exemples d'énoncés : apprentissages d'informations ou habiletés utiles et satisfaction par rapport à la rencontre). Les intervenants ($M = 8,56$, $ÉT = 0,56$) ont également indiqué être satisfaits par rapport aux séances (exemple d'énoncé : appréciation générale de la rencontre).

Des parents ont également témoigné de leur satisfaction globale dans leurs commentaires : *« Belle 2^e rencontre, bien hâte de voir la suite »; « Je suis contente d'avoir fait le groupe, d'avoir vécu cette expérience. »; et « J'ai beaucoup apprécié le groupe de pleine conscience! J'ai appris beaucoup de choses. J'espère que cela va aider également*

mon enfant à gérer son stress et son anxiété. » Les commentaires des intervenants vont dans le même sens. Par exemple, ils ont mentionné : « *Belle dernière séance avec de beaux témoignages de progrès faits. »*; et « *Mission accomplie : les gens repartent avec un gros bagage de pleine conscience et ont bien intégré les concepts. Il ne reste qu'à l'appliquer à la vie quotidienne avec leur enfant. »*

Aspect III : fidélité

Pour évaluer la fidélité de l'implantation du volet parental, l'étude se base sur quatre indicateurs. D'une part, les trois premiers indicateurs ciblés sont : (1) l'adhésion au contenu; (2) l'adhésion au temps; et (3) la réactivité des parents pour la majorité des cinq activités du modèle logique (*accueil des parents, méditations assises/partage, exercices pratiques/métaphores/partage, discussions de groupe et présentations*; les trois dernières sont subdivisées en activités particulières). Les répondants n'ont pas évalué l'activité *accueil des parents* et une activité particulière des *discussions de groupe* (enjeux relatifs au groupe et aux participants). D'autre part, le quatrième indicateur ciblé est l'adhésion aux processus, c'est-à-dire l'adoption des cinq facettes de la pleine conscience par les intervenants durant les séances.

Adhésion au contenu. Pour évaluer cet indicateur, le score d'adhésion au contenu est utilisé. Ce score est rapporté pour l'intervention dans son ensemble et pour chaque séance ainsi que pour la majorité des activités. À chaque séance, les intervenants-observateurs ont évalué la réalisation des activités du modèle logique. Ils ont utilisé une

échelle de Likert en quatre points (1 : *tout à fait en désaccord*, 2 : *plutôt en désaccord*, 3 : *plutôt d'accord* et 4 : *tout à fait d'accord*). À moins d'indications contraires, le score d'adhésion au contenu est égal à la moyenne des scores sur l'échelle de Likert. Une différence significative correspond à un score d'adhésion au contenu inférieur à 3.

Pour l'ensemble de l'intervention, les intervenants ont jugé que l'adhésion au contenu était très élevée ($M = 3,77$, $ÉT = 0,56$). L'analyse des résultats n'a pas révélé de différence significative entre les séances. Plus spécifiquement, les séances d'informations, A, C, E et G ont obtenu un score d'adhésion au contenu parfait et la séance D le score le plus bas ($M = 3,20$, $ÉT = 0,84$). De plus, il n'existe pas de différence significative entre les activités. Plus spécifiquement, les *exercices pratiques/métaphores/partage* ont obtenu un score d'adhésion au contenu parfait et les *présentations* le plus bas score ($M = 3,50$, $ÉT = 0,76$). Finalement, pour les activités particulières qui font partie des cinq activités du modèle logique l'analyse des résultats n'a pas révélé de différence significative.

Les intervenants ont émis peu de commentaires par rapport à l'adhésion au contenu. Pour la séance A, l'intervenant a indiqué : « *Les éléments importants me semblent tous avoir été abordés.* »

Adhésion au temps. L'écart entre les temps prévu et réel comptabilisés par les intervenants-observateurs pour chaque séance et pour la majorité des activités du modèle logique (exprimé en pourcentage ou en minutes) est utilisé pour cet indicateur.

Pour l'adhésion au temps par séance, les intervenants n'ont jamais respecté le temps prévu. En moyenne, ils ont pris 9 % plus de temps que prévu pour 5 des 8 séances (séances informations, B, C, D et F; entre 5 et 9 minutes). Le plus grand écart est celui attribuable à la séance C (12 %). Les intervenants ont pris 7 % moins de temps que prévu pour trois séances (séances A, E et G; entre 2 et 10 minutes). Le plus grand écart est celui attribuable à la séance A (13 %).

Pour l'adhésion au temps par activité (49 activités évaluées), les intervenants ont respecté le temps prévu pour six activités. Ces activités incluent entre autres les trois *exercices brise-glace/règles de fonctionnement/attentes* et la *présentation sur les concepts théoriques de pleine conscience* de la séance d'informations. En général, ils ont pris plus de temps que prévu pour les *exercices pratiques/métaphores/partage* et pour les *méditations assises/partage*. Finalement, les intervenants ont pris moins de temps que prévu pour les *discussions de groupe sur les commentaires généraux et questions* ainsi que pour les *présentations des séances pour enfants* et des *exercices pour enfants*.

Les intervenants ont émis peu de commentaires sur l'adhésion au temps; la majorité provient de l'intervenante principale. Certains commentaires font état d'une impression de manque de temps. Par exemple, pour la séance C l'intervenante principale a écrit : « *Temps semble manquer. Obligée parfois de choisir entre psychoéducation [éducation psychologique] et soutien.* » De plus, pour la séance F l'intervenant de soutien a écrit : « *Séance qui aurait pu durer plus longtemps à mon avis.* » D'autres commentaires

donnent des raisons pour justifier les écarts de temps. Par exemple, pour la séance d'informations l'intervenante principale a mentionné : « *Beaucoup plus de temps sur la présentation, mais répondait à un besoin important des parents.* » Pour la séance A, elle a indiqué : « *Bonne rencontre malgré le fait que nous avons terminé plus tôt en raison de la participation moins active des parents lors de la présentation du film Avatar.* » D'autres commentaires portent sur les activités du modèle logique. Par exemple, pour les séances D et F respectivement, l'intervenante principale a indiqué : « *Semble avoir besoin de moins de temps pour présenter les exercices à faire à la maison et la séance enfants.* »; et « *Objectif par rapport au retour sur les exercices à faire la semaine précédente peu/pas travaillé à cause du manque de temps (avec l'accord des participants).* »

Réactivité des parents. Pour évaluer la participation, le niveau d'enthousiasme des parents selon les intervenants-observateurs (score de réactivité) pour la majorité des activités du modèle logique sur une échelle de Likert (1 : *nul*, 2 : *faible*, 3 : *bon* et 4 : *excellent*) est retenu. L'étude décrit le score de réactivité pour l'ensemble de l'intervention, par séance et par activité. À moins d'indications contraires, le score de réactivité est égal à la moyenne des scores sur l'échelle de Likert. Une différence significative correspond à un score de réactivité inférieur à 3.

Pour l'ensemble de l'intervention, les parents ont présenté une réactivité élevée ($M = 3,19$, $ÉT = 0,71$). L'analyse des résultats n'a pas révélé de différence significative entre les séances, à l'exception de la séance F sur l'acceptation des émotions et les valeurs.

Plus spécifiquement, les parents ont réagi le plus aux activités sur l'introduction à la pleine conscience de la séance A ($M = 3,80$, $ÉT = 0,45$). De plus, les parents ont réagi le moins aux activités de la séance F qui portait sur l'acceptation des émotions ($M = 2,43$, $ÉT = 0,79$). Pour les activités, l'analyse des résultats n'a pas révélé de différences significatives dans la réactivité des parents. Plus spécifiquement, les parents ont réagi un peu plus aux *exercices pratiques/métaphores/partage* ($M = 3,50$, $ÉT = 0,52$) et aux *méditations/partage* ($M = 3,33$, $ÉT = 0,52$) qu'aux *discussions de groupe* ($M = 3,00$, $ÉT = 0,68$) et aux *présentations* ($M = 3,00$, $ÉT = 0,88$). Finalement, pour les activités particulières l'analyse des résultats n'a pas révélé de différence significative sauf pour les *discussions de groupe sur les commentaires généraux et questions* ($M = 2,86$, $ÉT = 0,69$) et les *présentations des séances pour enfants* ($M = 2,86$, $ÉT = 0,90$).

Contrairement à ce qui était attendu, les intervenants n'ont pas émis de commentaire spécifique par rapport au niveau d'enthousiasme des parents. Ils ont plutôt donné des commentaires généraux sur la participation. Dans l'ensemble, ils ont observé une amélioration de la participation de l'ensemble des parents au fil des séances particulièrement après les discussions sur la dynamique de groupe aux séances B et C. Par exemple, ils ont mentionné : « *Plusieurs interventions de tous particulièrement de ceux qui parlaient moins la dernière fois. La participation était plus égale et l'ambiance plus légère* » [séance D]; et « *Les échanges sont nourris et pertinents* » [séance F]. Lorsque questionnés sur le climat de groupe, les intervenants et les parents ont émis des commentaires similaires à ceux des intervenants-observateurs sur la participation.

Adhésion aux processus. Les deux types d'intervenants (intervenante principale et deux intervenants de soutien, en alternance) ont évalué dans quelle mesure ils ont adopté les cinq facettes de la pleine conscience durant la séance (telles que définies par Baer et al., 2008; cinq énoncés). Ils ont utilisé une échelle de Likert en quatre points (1 : *totalement incapable*, 2 : *plutôt incapable*, 3 : *plutôt capable* et 4 : *totalement capable*). L'étude s'intéresse aux résultats pour l'ensemble de l'intervention, par séance et pour chaque type d'intervenants pour chaque énoncé. Le score d'adhésion au processus correspond à la moyenne des scores sur l'échelle de Likert. Une différence significative correspond à un score d'adhésion au processus inférieur à 3.

Pour l'ensemble de l'intervention, les intervenants ont rapporté être capables d'adopter la pleine conscience durant les séances ($M = 3,39$, $ÉT = 0,20$). Plus particulièrement, ils ont rapporté être en mesure « d'observer ce qui se passait durant la rencontre » ($M = 3,63$, $ÉT = 0,35$), de « décrire ce qui se passait durant la rencontre » ($M = 3,44$, $ÉT = 0,50$) et « d'agir en pleine conscience » ($M = 3,25$, $ÉT = 0,27$). De plus, les intervenants ont rapporté être capables de « faire preuve de non-réactivité » ($M = 3,25$, $ÉT = 0,27$) ainsi que de « faire preuve non-jugement et d'acceptation » ($M = 3,38$, $ÉT = 0,35$). Globalement, les analyses n'ont pas révélé de différence significative entre les séances et entre les types d'intervenants. Toutefois, l'intervenante principale a rapporté être davantage en mesure « d'agir en pleine conscience » que les intervenants de soutien ($M = 3,75$, $ÉT = 0,50$; $M = 2,75$, $ÉT = 0,50$).

Les commentaires des intervenants vont dans le même sens que les résultats quantitatifs. Par exemple, pour la séance G l'intervenant de soutien a indiqué : « *Capable la majorité du temps* ». Selon les intervenants, certains facteurs (p. ex., stress, fatigue et taille du groupe) ont affecté leur capacité à adopter la pleine conscience dans leurs interactions avec le groupe. L'intervenante principale a mentionné : « *Malgré un stress important, j'ai réussi relativement bien à être pleinement consciente ce qui m'a permis d'être à l'écoute du groupe et de m'adapter en fonction des besoins.* » De plus, l'intervenant de soutien a écrit : « *Difficile puisque j'étais fatigué, mais en gardant en tête cet objectif je crois y être arrivé.* » Finalement, l'intervenante principale a rapporté : « *Groupe plus petit cette semaine, facilite d'être pleinement consciente envers chacun.* » Elle a aussi mentionné que la modalité de groupe ajoute une difficulté additionnelle : « *Plus facile d'être consciente de moi que de l'ensemble du groupe.* » L'intervenant de soutien a fait ressortir l'importance de la pratique : « *J'ai l'impression que ma capacité à être pleinement consciente durant les rencontres augmente. Pratiquer la pleine conscience en dehors des rencontres m'aide en ce sens.* » Selon l'intervenant de soutien, démontrer une attitude de non-jugement a été plus difficile : « *Difficile à faire preuve de non-jugement lorsqu'on tend à observer et interpréter ce qui se passe [...] Capacité moyenne au niveau du non-jugement. Je souhaitais que les parents fassent des liens plus rapidement entre leur vécu et les activités proposées.* »

Aspect IV : efficacité préliminaire

Pour explorer l'efficacité préliminaire du volet parental, les indicateurs ciblés sont : (1) l'utilité selon les parents; (2) les changements perçus dans leur vie quotidienne; et (3) les changements dans leurs capacités de pleine conscience (globale et ses cinq facettes).

Utilité pour les parents. Les parents ont évalué l'utilité du volet parental dans divers domaines (huit énoncés). Ils ont utilisé une échelle de Likert en quatre points (1 : *tout à fait en désaccord*, 2 : *plutôt en désaccord*, 3 : *plutôt d'accord* et 4 : *tout à fait en accord*). Pour chaque domaine, l'étude présente le nombre de parents qui sont en accord (scores 3 et 4) avec l'utilité du volet parental ainsi que le score d'utilité (moyenne des scores sur l'échelle de Likert).

Tous les parents ($n = 8$) ont trouvé le volet parental utile ($M = 3,63$, $ÉT = 0,52$). De surcroît, ils ont tous été d'accord avec le fait que le volet parental était utile pour comprendre l'intervention à laquelle leur enfant participait ($M = 3,88$, $ÉT = 0,35$). Les parents ont également tous indiqué que le volet parental leur a permis de se familiariser avec la pleine conscience ($M = 3,63$, $ÉT = 0,52$) ainsi que d'apprendre des choses importantes ($M = 3,50$, $ÉT = 0,53$). En outre, ils ont trouvé que le volet parental a facilité l'accompagnement de leur enfant quant à sa participation à l'intervention ($M = 3,75$, $ÉT = 0,46$). De plus, tous les parents ont indiqué avoir l'intention de continuer à pratiquer à être pleinement conscient dans la vie quotidienne avec leur enfant ($M = 3,50$, $ÉT = 0,53$).

Finalement, une majorité de parents ($n = 7$) ont été d'accord pour recommander aux parents de participer au volet parental ($M = 3,75$, $ÉT = 0,71$). Une majorité de parents ($n = 7$) ont également été d'accord avec le fait qu'ils sont davantage en mesure de porter attention à leur enfant quand ils sont avec lui ($M = 3,13$, $ÉT = 0,64$).

Tous les commentaires sur l'utilité du volet parental sont positifs. La majorité des parents ($n = 7$) ont émis des commentaires sur l'utilité dans le QÉU. Un parent a indiqué : *« Personnellement, ça m'aide à accompagner mon enfant dans ses exercices et à bien comprendre ce qui est recherché, les ayant moi-même expérimentés. Ça fait diminuer son anxiété, ce que je décèle plus facilement, ce qui amène moins de conflits. »* Un autre a mentionné : *« Sans le volet parental, je n'aurais pas compris ce que mon enfant devait faire. Je n'aurais pas été en mesure de l'accompagner dans la démarche. »* Finalement, un autre a rapporté : *« Je trouve ça important d'être impliqué et de savoir de quoi on parle afin d'aider notre enfant. Si on veut montrer l'exemple, c'est important de savoir comment faire. »*

Changements dans la vie quotidienne des parents. Les parents ont évalué les changements dans divers domaines (huit énoncés). Ils ont utilisé une échelle de Likert en quatre points (1 : *changement négatif*, 2 : *aucun changement*, 3 : *un peu de changement positif* et 4 : *changement positif*). Pour chaque domaine, l'étude décrit le nombre de parents qui perçoivent : un changement négatif (score de 1 sur l'échelle de Likert), aucun changement (score de 2) ou un changement positif (score de 3 ou 4). Finalement, l'étude

décrit le score de changement dans la vie quotidienne (moyenne des scores sur l'échelle de Likert).

L'analyse des résultats a fait ressortir qu'aucun parent n'a rapporté de changement négatif à la suite de sa participation au volet parental et qu'une minorité n'a rapporté aucun changement. Plus spécifiquement, la majorité des parents ($n = 7$) ont perçu un changement positif dans leur capacité à porter attention à leur enfant ($M = 3,13$, $ÉT = 0,60$). La majorité des parents ($n = 6$) ont également rapporté un changement positif dans leur capacité à prendre soin d'eux ($M = 2,88$, $ÉT = 0,60$) ainsi qu'à agir avec leur enfant en fonction de leurs valeurs ($M = 2,75$, $ÉT = 0,43$). De plus, la majorité des parents ($n = 6$) ont indiqué un changement positif dans la gestion de leurs émotions en situations parentales difficiles ($M = 2,88$, $ÉT = 0,60$). La majorité des parents ($n = 6$) ont aussi rapporté un changement positif dans la qualité de la relation avec leur enfant ($M = 3,00$, $ÉT = 0,71$) ainsi que dans leur sentiment de confiance par rapport à leurs habiletés et pratiques parentales ($M = 2,88$, $ÉT = 0,60$). Finalement, la majorité des parents ($n = 5$) ont mentionné un changement positif dans leur niveau de stress et leurs frustrations comme parent ($M = 2,75$, $ÉT = 0,66$). La majorité des parents ($n = 5$) ont aussi rapporté un changement positif dans leur capacité à faire preuve de non-jugement et d'acceptation envers leur enfant ($M = 2,63$, $ÉT = 0,48$).

La grande majorité des parents ($n = 7$) ont émis des commentaires sur les changements à la suite de leur participation au volet parental. Lorsque questionné sur la

présence d'autres changements que ceux mentionnés dans les énoncés, un parent a indiqué : *« Je porte plus attention aux situations, comportements et émotions de mon enfant avant de réagir. J'affirme ma position et n'embarque pas dans l'argumentation. J'essaie de rester zen, d'observer mes pensées, de ne pas réagir. »* De plus, un parent a écrit : *« J'ai moins tendance à me juger négativement comme parent [...] »*. Un autre parent a indiqué : *« Quand je suis agacé par certains aspects, il m'arrive de m'arrêter et de prendre conscience de la situation, sans réagir brusquement. »* Finalement, un parent a écrit : *« [...] Je dois faire des efforts afin d'intégrer la pleine conscience et faire évoluer la vision que j'ai de mon enfant. »*

Changements dans les capacités de pleine conscience des parents. Tout d'abord, l'étude vise à évaluer la capacité de pleine conscience et les cinq facettes qui la composent (observation, description de l'expérience, action en pleine conscience, non-réactivité aux événements privés et non-jugement) avant et après l'intervention pour l'ensemble des parents à l'aide de la moyenne des scores obtenus au FFMQ (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011). Ensuite, les changements dans la capacité de pleine conscience des parents et dans chaque facette ainsi que le type de changements sont décrits. Pour présenter les changements, la moyenne des taux de changement est utilisée. Le taux de changement correspond au rapport, exprimé en pourcentage, entre le changement (différence entre le score post-intervention et le score préintervention) et le score préintervention. Un taux de changement positif indique une amélioration de la capacité ou

de la facette; un taux négatif, une détérioration; et un taux nul, aucun changement¹. Lorsque le type de changement n'est pas partagé par la majorité des participants, l'étude spécifie le nombre de parents par type de changement. L'analyse des résultats a révélé que les scores moyens pré et post-intervention des parents pour la capacité de pleine conscience ainsi que ceux pour les cinq facettes sont comparables aux scores moyens de l'étude de validation de la version francophone du FFMQ (Heeren et al., 2011).

¹ Le taux de changement peut être représenté à l'aide de la formule suivante :

$$\frac{(\text{Score au FFMQ post-intervention} - \text{Score au FFMQ préintervention}) \times 100}{\text{Score au FFMQ préintervention}}$$

Tableau 7

Taux de changement moyens dans la pleine conscience et ses facettes pour l'ensemble du groupe et par type de changements

Capacité/facette	M (%)	ÉT (%)	Type de changement		
			Détérioration	Aucun	Amélioration
Pleine conscience	6,37	16,82	$n = 3$ $M = -5,70 \%$ $ÉT = 4,67 \%$	$n = 1$	$n = 4$ $M = 17,01 \%$ $ÉT = 18,32 \%$
Observation	14,41	11,88	s.o.	$n = 2$	$n = 6$ $M = 19,21 \%$ $ÉT = 9,32 \%$
Description de l'expérience	17,55	21,71	$n = 1$ $-3,03 \%^a$	$n = 2$	$n = 5$ $M = 28,69 \%$ $ÉT = 20,25 \%$
Action en pleine conscience	-1,59	19,27	$n = 3$ $M = -19,84 \%$ $ÉT = 4,47 \%$	$n = 3$	$n = 2$ $M = 23,41 \%$ $ÉT = 17,40 \%$
Non-réactivité aux événements privés	15,27	20,44	$n = 2$ $M = -11,82 \%$ $ÉT = 7,88 \%$	s.o.	$n = 6$ $M = 24,30 \%$ $ÉT = 13,46 \%$
Non-jugement	-8,48	31,92	$n = 4$ $M = -33,54 \%$ $ÉT = 16,62 \%$	s.o.	$n = 4$ $M = 16,57 \%$ $ÉT = 20,66 \%$

^a Taux de changement du participant.

Le Tableau 7 présente les taux de changement moyens pour l'ensemble du groupe et par type de changement. Dans l'ensemble, les parents ont perçu une amélioration de leur capacité de pleine conscience. Plus spécifiquement, le type de changement perçu a

varié entre parents. En effet, certains ont rapporté une amélioration; d'autres ont rapporté une détérioration; et une minorité n'a pas rapporté de changement.

Pour les cinq facettes de la pleine conscience, d'une part la majorité des parents ont perçu une amélioration dans l'observation, la description de l'expérience et la non-réactivité aux événements privés. D'autre part, en général les parents ont perçu une détérioration dans l'action en pleine conscience et le non-jugement. Le type de changement a différé entre les parents pour ces facettes. Plus spécifiquement, pour l'action en pleine conscience, certains ont rapporté une amélioration; certains ont rapporté une détérioration; et d'autres n'ont pas rapporté de changement. Pour le non-jugement, la moitié des parents a rapporté une amélioration et l'autre moitié a rapporté une détérioration. Il est intéressant de noter que 2 des 3 parents qui ont perçu une détérioration dans l'action en pleine conscience ont également perçu une détérioration dans leur non-jugement.

Suggestions d'améliorations

Les suggestions d'améliorations des parents et des intervenants sont présentées en fonction des différentes composantes du modèle logique de l'intervention. Des suggestions pour améliorer la méthode de recherche sont aussi présentées.

Ressources. Des parents ont suggéré de fournir une liste de références sur la pleine conscience à la séance d'informations. Des intervenants ont recommandé d'utiliser du

matériel adapté aux parents, notamment pour les extraits vidéo et la présentation des règles. De plus, ils ont suggéré de fournir une liste de ressources en santé mentale. Finalement, des parents ont suggéré de donner des références sur des sujets connexes (p. ex., problématiques présentées par les enfants qui participent à l'intervention telles anxiété et TDA/H ou des stratégies parentales pour la gestion de crises).

Activités. Les intervenants ont conseillé de réaliser les activités suivantes de manière plus systématique avec les parents : (1) discussion de groupe sur les attentes des parents par rapport au volet pour les enfants et au volet parental de l'intervention; (2) une brève méditation pour prendre conscience de son vécu dans le moment présent et déterminer une intention pour la rencontre en début de séance; (3) discussion sur la dynamique et les processus de groupe; (4) rappel des concepts clés présentés durant la séance et les semaines précédentes (p. ex., attitudes de base de la pleine conscience); et (5) activités pour renforcer l'importance de l'entraînement chez le parent (format à déterminer; aussi recommandé par les parents). Les parents ont suggéré de : (1) faire davantage d'activités brise-glace pour apprendre à mieux se connaître; (2) présenter et discuter des objectifs du volet parental plus en détail (et non seulement des objectifs de chaque séance); (3) avoir plus d'activités partagées avec les enfants durant les séances; (4) donner des exercices à faire à la maison aux parents; (5) prévoir des activités additionnelles s'il reste du temps libre durant la séance; (6) faire un bilan individualisé pour chaque enfant à la fin de l'intervention; et (7) ajouter une rencontre de consolidation et de rafraîchissement des acquis quelques semaines après la fin de l'intervention.

Processus. Les intervenants ont fait les suggestions suivantes : (1) bien prendre en compte les processus et la dynamique de groupe dans les interventions auprès des parents; (2) utiliser davantage ce qui se passe durant la séance pour modeler la pleine conscience; (3) plus de dévoilement de la part des intervenants, particulièrement lors des premières séances; (4) assigner des places différentes aux participants à chaque séance; et (5) discuter avec un parent individuellement avant, après ou entre les séances (par téléphone) si un besoin clinique qui ne peut être abordé en groupe émerge. Les parents ont conseillé de communiquer le temps prévu pour chaque activité aux parents.

Extrants. Des parents ont suggéré plus de rencontres. Les intervenants et certains parents ont recommandé des rencontres plus longues.

Méthode de recherche. Les intervenants ont suggéré de : (1) bien expliquer la différence entre la séance d'évaluation (prétest) et les séances d'intervention; pour ce faire, considérer la possibilité de déplacer la séance d'informations avant la séance d'évaluation ou aborder cette question plus en détail lors de l'appel téléphonique de confirmation de participation; et (2) faire remplir les questionnaires de recherche par les parents à la maison plutôt qu'à la fin de chaque séance.

Discussion

Cette recherche comportait deux dimensions. D'une part, la dimension descriptive visait à brosser un portrait de la logique qui sous-tend le volet parental de l'IBPC pour les enfants et leurs parents mise en place à la CEIEA. D'autre part, la dimension évaluative avait pour objectif principal d'évaluer l'implantation d'une intervention à son stade initial de mise en place. Plus spécifiquement, elle s'intéressait à trois aspects de l'implantation du volet parental de cette intervention soit sa faisabilité, son acceptabilité ainsi que la fidélité de sa mise en place à l'aide de différents indicateurs. De plus, la dimension évaluative visait, par le biais de quelques indicateurs, à explorer la perception des parents par rapport à l'efficacité préliminaire du volet parental.

Description du volet parental

Lors de sa mise en place dans le cadre de l'étude, le volet parental en était au stade initial de son implantation. Dans ce contexte, commencer par une description de l'intervention en explicitant les liens entre le volet parental et ses effets était une étape préalable essentielle. En effet, cette étape a permis de bien définir le volet parental, d'évaluer sa faisabilité, son acceptabilité et la fidélité de son implantation ainsi que d'explorer ses effets (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2011). D'ailleurs, selon les écrits théoriques contemporains en évaluation de programmes, la première étape du processus d'évaluation devrait consister à modéliser de manière articulée et explicite le cadre conceptuel du programme à l'aide, par exemple, du modèle

logique; une représentation graphique de l'explication du « pourquoi » ainsi que du « comment » l'intervention fait ce qu'elle fait et permet d'atteindre les objectifs (Alain et Dessureault, 2009; Chen, 2015). Plus spécifiquement, la description schématique de la logique qui sous-tend le volet parental a permis de : (1) expliciter et documenter la logique de l'intervention, c'est-à-dire le groupe cible, les ressources, les activités et processus fondamentaux, les extrants, les facteurs contributifs et les résultats attendus afin d'opérationnaliser le modèle de changement de l'intervention; (2) développer un langage commun qui facilite la description de l'intervention et la communication du « comment » et du « pourquoi »; (3) mieux comprendre à quoi les changements observés à la suite de la participation à l'intervention sont attribuables; et (4) proposer des améliorations pour que la logique opérationnelle de l'intervention reflète le plus adéquatement possible la théorie du changement sous-jacente ainsi que pour satisfaire les besoins cliniques des parents (Alain & Dessureault, 2009; Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2011; Knowlton & Phillips, 2013; Porteous, 2012).

Évaluation de l'implantation et exploration de l'efficacité

Faisabilité du volet parental

Comme attendu, les résultats de l'étude ont fait ressortir que le volet parental est une intervention qui peut être implantée dans une clinique universitaire comme en témoignent le faible taux d'abandon et le taux de présence élevé.

Premièrement, une minorité de parents recrutés n'ont pas complété le volet parental (20 %). Or, ce taux d'abandon est inférieur à ce qui est normalement observé. Par exemple, Lee et al. (2008) en s'appuyant sur la littérature scientifique indiquent que le taux d'abandon pour les enfants, les adolescents et leur famille qui commencent un traitement psychologique se situe généralement entre 40 % et 60 %. De plus, dans son étude pilote comparant la faisabilité d'une IBPC pour parents à celle d'une intervention visant à développer les habiletés des parents ayant un enfant avec un TSA ($N = 10$), Iadarola (2011) estime qu'un taux d'abandon de l'ordre de 30 % serait acceptable. En effet, ce taux serait comparable à ce qui est normalement observé dans les études qui portent sur des interventions cognitivo-comportementales pour les parents (Iadarola, 2011).

Plus particulièrement, le taux d'abandon du volet parental est inférieur à ceux rapportés dans la majorité des 10 études d'évaluation d'IBPC pour les jeunes et leurs parents recensées s'intéressant à cet indicateur (p. ex., 36 % pour les adolescents et 25 % pour les parents : Bögels et al., 2008; 81 %¹ : Jastrowski Mano et al., 2013; 32 % pour les enfants : Lee et al., 2008). Il est également plus faible que ceux d'études d'évaluation d'IBPC destinées aux parents d'enfants qui présentent un TSA s'intéressant à cet indicateur (29 % : Ferraioli & Harris, 2013; 30 % : Iadarola, 2011). Cependant, le taux d'abandon du volet parental est plus élevé que celui de l'intervention de l'étude de Deplus

¹ L'intervention de ces chercheurs s'adressait à des adolescents souffrant de douleur chronique; les taux de rétention et de présence sont en général très faibles pour ce type de participants (Jastrowski Mano et al., 2013).

et al. (2016) où l'ensemble des jeunes ont complété l'intervention. Il faut noter que Deplus et ses collaborateurs ont recruté les participants parmi les clients qui fréquentaient une clinique universitaire de psychologie offrant des IBPC pour les adultes et les jeunes. De plus, pour être sélectionnés, autant les adolescents que leurs parents devaient en faire la demande et être motivés à participer à l'intervention (intérêt et motivation évalués lors de la rencontre d'informations individuelle avec le parent et le jeune). Finalement, le taux d'abandon du volet parental est aussi plus élevé que ceux des interventions d'études d'évaluation d'IBPC s'adressant uniquement aux parents qui s'intéressent à cet indicateur (1 % : Benn, Akiva, & Arel, 2012; 1 % : Bögels, Hellemans, van Deursen, Römer, & van der Meulen, 2014; 10-15 % : Minor, Carlson, Mackenzie, Zernicke, & Jones, 2006). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que, comme établi au préalable, lorsqu'un enfant cessait de participer à l'intervention, son parent devait abandonner le volet parental. D'ailleurs, les deux participants qui ont quitté le groupe de la présente étude l'ont fait pour cette raison.

Deuxièmement, les parents qui ont complété le volet parental ont assisté à la grande majorité des séances (94 %). En général, ce taux de présence est supérieur ou similaire à ceux observés dans les interventions des 10 études d'IBPC pour les jeunes et leurs parents recensées qui évaluent cet indicateur (67 % : Jastrowski Mano et al., 2013; 94 % : Lee et al., 2008; 94 % : van der Oord et al., 2012). Il est supérieur à ceux observés dans les études d'évaluation d'IBPC destinées uniquement aux parents (90 % : Benn et al., 2012; 78 % : Ferraioli & Harris, 2013; 75 % : Iadarola, 2011; 75 % : Minor et al., 2006). Deux éléments pourraient avoir contribué favorablement à cette situation : (1) pour

que leur enfant puisse participer à l'intervention, au moins un des parents devait s'engager à participer à l'ensemble des séances du volet parental; et (2) contrairement aux IBPC destinées uniquement aux parents, le parent qui participait au volet parental n'avait pas à se préoccuper de faire garder son enfant, car celui-ci participait à l'intervention en même temps que lui. Or, un facteur qui semble influencer de manière positive le taux de présence est la disponibilité d'un service de garde (Iadarola, 2011).

Acceptabilité du volet parental

Comme prévu, les analyses ont montré que les parents et les intervenants ont rapporté que le volet parental est une intervention acceptable tel qu'en témoigne leur niveau élevé de satisfaction par rapport aux divers indicateurs évalués.

Plus précisément, les parents et les intervenants ont rapporté être satisfaits par rapport au contenu des séances (thèmes et objectifs), aux moyens utilisés (activités, matériel et manuel du parent – pour les parents seulement), à l'animation, au climat de groupe ainsi que par rapport à l'intervention dans son ensemble. Ces résultats sont en accord avec ce que les parents rapportent dans les 10 études d'évaluation d'IBPC pour les jeunes et leurs parents recensées qui s'intéressent à ces indicateurs. Par exemple, Duncan et al. (2009b) indiquent qu'en général les parents ont apprécié les nouvelles activités de pleine conscience; Lee et al. (2008) rapportent que 88 % des parents ont évalué leur degré de satisfaction par rapport à l'intervention comme étant « élevé » ou « très élevé ». Les résultats de la présente étude sont également similaires à ceux d'études

d'évaluation d'IBPC destinés uniquement aux parents (Altmaier & Maloney, 2007; Benn et al., 2012; Bögels et al., 2014; Cortell, 2009; Ferraioli & Harris, 2013; Iadorola, 2011). Par exemple, dans leur étude qui porte sur l'évaluation de l'implantation d'une IBPC pour 12 parents divorcés ou séparés, Altmaier et Maloney (2007) rapportent un taux élevé de satisfaction des parents par rapport au contenu des séances, au leadership des intervenants, à l'expérience de groupe et à l'intervention dans son ensemble. De plus, dans leur étude sur l'évaluation de l'acceptabilité et de l'efficacité d'une IBPC (86 parents référés pour des soins de santé secondaires en raison de la psychopathologie de leur enfant ou de problèmes relationnels parent-enfant), Bögels et al. (2014) rapportent un taux élevé de satisfaction des parents par rapport à l'ensemble de l'intervention (80 %). À notre connaissance, aucune étude d'évaluation d'IBPC ne s'est intéressée à la satisfaction des intervenants.

Fidélité de l'implantation du volet parental

D'une part, les analyses ont démontré que les intervenants ont été en mesure d'implanter fidèlement le contenu ainsi que les processus fondamentaux du volet parental et que les parents y ont participé activement. D'autre part, les résultats de l'étude ont fait ressortir que les intervenants ont peu respecté le temps prévu pour la séance ou celui pour chaque activité du modèle logique.

Plus spécifiquement, les résultats de l'étude ont révélé des niveaux élevés d'adhésion au contenu, d'adhésion au processus ainsi que des niveaux élevés de réactivité

des parents. En effet, les intervenants impliqués dans l'animation du volet parental ont respecté le contenu de l'intervention (réaliser les activités du modèle logique). En général, ils ont aussi respecté les processus spécifiés, c'est-à-dire qu'ils ont adopté les cinq facettes de la pleine conscience durant les séances (telles que définies par Baer et al., 2006). De plus, selon les intervenants, les parents ont en général bien participé à l'intervention (évalué à partir du niveau d'enthousiasme démontré par les parents), sauf pour la séance F qui portait sur l'acceptation des émotions et les valeurs. Ce degré de participation inférieur pourrait s'expliquer par le thème de cette séance, un taux de présence moins élevé ou par le fait que l'un des deux parents absents avait l'habitude de participer activement aux séances. Pour l'ensemble des séances, les parents ont davantage participé aux *exercices pratiques/métaphores/partage* ainsi qu'aux *méditations assises/partage*; ils ont moins participé aux *discussions de groupe sur les commentaires généraux et questions* ainsi qu'aux *présentations de la séance pour enfants*. Ainsi, les parents ont davantage participé aux activités expérientielles et moins participé aux discussions générales de même qu'aux présentations plus théoriques.

Les niveaux élevés d'adhésion au contenu et processus ainsi que de réactivité des parents pour le volet parental sont en accord avec les résultats obtenus dans les études d'évaluation d'IBPC pour les jeunes et leurs parents recensées s'intéressant à ces indicateurs (Coastworth et al., 2010; Coastworth et al., 2015; Duncan et al., 2009b). Ils sont aussi en accord avec ceux rapportés dans des études d'évaluation d'IBPC uniquement pour les parents qui se sont intéressées à ces indicateurs (Altmaier & Maloney, 2007; Benn

et al., 2012; Ferraioli & Harris, 2013; Iadorola, 2011). Contrairement à certaines des études recensées (Altmaier & Maloney, 2007; Benn et al., 2012; Deplus et al., 2016), la présente étude n'a pas évalué l'adhésion aux méditations formelles et informelles en séance et à la maison par les participants.

D'autre part, les résultats de l'étude ont révélé qu'en général les intervenants n'ont pas respecté le temps prévu pour les séances et pour les activités. Plus spécifiquement, pour la majorité des séances du volet parental, les intervenants ont excédé le temps total prévu pour la séance (durée moyenne excédentaire : 6 minutes). Aucune des études recensées ne s'intéressait à cet indicateur. De plus, en ce qui a trait au temps prévu pour chaque activité du modèle logique, les intervenants ont pris plus de temps que prévu pour les *exercices pratiques/métaphores/partage* de même que pour les *méditations assises/partage*. Ils ont consacré moins de temps que prévu aux *discussions de groupe sur les commentaires généraux et questions*, aux *présentations de la séance pour enfants ainsi qu'aux présentations des exercices pour enfants*. Soulignons qu'en général les intervenants ont consacré plus de temps aux activités auxquelles les parents ont davantage participé et moins de temps à celles auxquelles les parents ont moins participé. Ces résultats sur l'adhésion au temps sont similaires à ceux de l'étude de Duncan et al. (2009b) où les auteurs ont conclu que plusieurs des nouvelles activités de pleine conscience avaient demandé plus de temps à réaliser que ce qui était initialement prévu.

En conclusion, les résultats de l'étude démontrent que, dans l'ensemble, les intervenants ont implanté fidèlement le volet parental, tout en faisant preuve d'une bonne capacité à s'adapter aux besoins cliniques des parents et du groupe.

Efficacité préliminaire du volet parental

Comme attendu, les analyses ont montré que les parents ont perçu le volet parental comme étant utile particulièrement pour comprendre l'intervention à laquelle leur enfant participe et faciliter son accompagnement, soit deux des objectifs ciblés par le volet parental de l'intervention. De plus, les résultats ont révélé que les parents ont constaté des changements positifs dans plusieurs domaines de leur vie quotidienne notamment dans leur capacité à porter attention à leur enfant et dans la qualité de leur relation avec lui. De surcroît, les analyses ont indiqué que les parents ont perçu une amélioration de leur pleine conscience. En revanche, pour les changements sur le plan des cinq facettes de la pleine conscience les résultats de l'étude sont moins concluants notamment parce que la moitié des parents ont rapporté une détérioration dans leur capacité de non-jugement.

Premièrement, en ce qui a trait à l'utilité du volet parental dans la vie quotidienne des parents, tous les participants ont rapporté que le volet parental leur semble utile. Ils ont également tous indiqué avoir l'intention de continuer à pratiquer la pleine conscience dans la vie quotidienne avec leur enfant. Plus spécifiquement, tous les parents ont trouvé le volet parental utile pour comprendre l'intervention à laquelle leur enfant participe et faciliter son accompagnement ainsi que pour se familiariser avec la pleine conscience. De

plus, la grande majorité des parents (88 %) ont indiqué être d'accord pour recommander le volet parental. De manière similaire, dans son étude Iadorola (2011) rapporte que les parents ont trouvé le matériel pertinent dans leur vie quotidienne et ont indiqué avoir l'intention de continuer à pratiquer les habiletés visées par l'intervention. De plus, les résultats de l'évaluation du volet parental sont similaires à ceux rapportés dans l'étude de Lee et al. (2008) où la totalité des parents ont dit être d'accord pour recommander l'IBPC à d'autres parents et la majorité des parents ont trouvé que la pleine conscience était utile en milieu scolaire (82 %) ainsi qu'à la maison (71 %). Finalement, les résultats sont également similaires à ceux rapportés dans l'étude de Bögels et al. (2014).

Deuxièmement, sur le plan des changements dans la vie quotidienne des parents à la suite de leur participation au volet parental, les résultats varient. D'une part, la majorité des participants ont constaté des changements positifs dans plusieurs domaines de leur vie quotidienne, notamment dans leur capacité à porter attention à leur enfant ainsi que dans la qualité de leur relation avec lui. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus dans l'étude de Bögels et al. (2014) où 87 % des parents ont été capables de porter davantage attention à leur enfant à la suite de l'intervention et 83 % croient qu'ils seront en mesure d'améliorer leur relation avec leur enfant et leur famille. D'autre part, une minorité de parents n'ont rapporté aucun changement dans certains domaines notamment dans leur niveau de stress et leurs frustrations comme parent (dans l'étude de Bögels et al., 2014, 90 % des parents ont rapporté des changements positifs dans ce domaine) ainsi que dans leur capacité à faire preuve de non-jugement et d'acceptation envers leur enfant. Aucun parent de la

présente étude n'a rapporté de changement négatif. Dans l'étude de Bögels et al., un faible pourcentage de parents (2 %) avaient rapporté des changements négatifs dans certains domaines comme la conscience de situations parentales stressantes au moment où elles se produisent.

Troisièmement, pour les changements sur le plan de la pleine conscience des parents de même que sur le plan des cinq facettes de cette capacité mesurées par le FFMQ (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011), les résultats diffèrent selon ce qui est mesuré. D'une part, dans l'ensemble, la majorité des parents ont indiqué une amélioration de leur pleine conscience. De plus, dans l'ensemble la majorité des parents ont rapporté une amélioration dans l'observation, la description de l'expérience ainsi que la non-réactivité aux événements privés (laisser aller les expériences sans se laisser envahir). D'autre part, même si en moyenne les parents ont perçu une détérioration dans l'action en pleine conscience (porter attention aux activités du moment, se dégager du pilote automatique), plus de la moitié des parents ne partageaient pas cette perception. De plus, les parents ont rapporté une détérioration dans le non-jugement (adopter une attitude non évaluative par rapport aux expériences vécues); la moitié des répondants partageaient cette perception.

Ces résultats moins concluants pourraient s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord, le fait que, comme mis en lumière par la modélisation de la logique qui sous-tend le volet parental, l'objectif de l'intervention n'est pas d'améliorer la pleine conscience des parents, mais plutôt d'améliorer leurs connaissances sur les concepts et exercices de pleine

conscience, et ce, dans le but de mieux soutenir leur enfant qui prend part à l'intervention. Dans ce contexte, de même qu'en considérant que cette étude visait avant tout à évaluer l'implantation du volet parental plutôt qu'à en évaluer l'efficacité de manière exhaustive, la pertinence de s'intéresser aux changements dans la pleine conscience et ses facettes semble maintenant contestable. Les résultats moins concluants ne seraient apparemment pas attribuables à l'échec de la théorie du programme ou de l'implantation, mais plutôt à la méthode utilisée pour évaluer de manière exploratoire son efficacité (Alain & Dessureault, 2009). Il semble donc raisonnable de poser l'hypothèse qu'il était prématuré d'évaluer de manière ciblée le développement de la pleine conscience et de ses facettes par le biais d'un instrument spécifique. À cet effet, comme l'indiquent Alain et Dessureault (2009), il n'est pas facile « [...] de procéder à une évaluation des effets d'un programme qui n'a pas atteint un certain niveau de développement, une certaine stabilité, une certaine maturité [...] » (p. 104). D'ailleurs, la majorité des études qui portent sur l'évaluation des IBPC pour les enfants et leurs parents ne s'intéressent pas à l'effet de l'intervention sur la pleine conscience des parents. De plus, les quelques études qui s'y attardent sont des études d'évaluation d'efficacité et non d'évaluation d'implantation comme la présente étude (Coastworth et al., 2010; Coastworth et al., 2015; van der Oord et al., 2012; van de Weijer-Bergsma et al., 2012). Enfin, les résultats obtenus dans les études d'évaluation d'efficacité varient en ce qui concerne cet indicateur (changement dans la pleine conscience et ses facettes). Par exemple, les résultats de l'étude de van der Oord et al. (2012) révèlent une amélioration de la pleine conscience des parents à la suite de leur participation à l'intervention; ceux de l'étude de van de Weijer-Bergsma et al.

(2012) ne révèlent aucun changement dans cette variable pour l'ensemble des parents et une détérioration pour les pères.

Également, ces résultats moins concluants pourraient s'expliquer par le fait que le FFMQ (Baer et al., 2006; Heeren et al., 2011) a été conçu pour évaluer la pleine conscience conceptualisée comme un trait soit une disposition naturelle de la personne à être pleinement consciente dans sa vie quotidienne (Baer et al., 2008; Grégoire & De Mondehare, 2016). Dans le volet parental, l'accent est plutôt mis sur la familiarisation avec les concepts et les exercices de pleine conscience conceptualisée davantage comme un état de pleine conscience parentale. Cet état implique une orientation volontaire de l'attention vers l'expérience vécue dans le moment présent par le parent et son enfant ainsi que dans leur relation (Duncan et al., 2009b). Il se développe à la suite d'une pratique continue de la pleine conscience (Grégoire & De Mondehare, 2016). Par ailleurs, les résultats obtenus aux QÉU mettent en évidence des changements positifs dans des éléments qui pourraient être cette fois davantage en lien avec la pleine conscience parentale telle que conçue dans le cadre de cette intervention. Par exemple, les parents ont observé des changements positifs dans leur capacité à porter attention à leur enfant et la qualité de la relation avec lui. De plus, Coastworth et al. (2010) et Coastworth et al. (2015) utilisent l'IMPS dans leur étude soit un questionnaire qui évalue la pleine conscience parentale (Duncan, 2007). Nonobstant cela, les résultats de ces études diffèrent. En effet, l'étude de Coastworth et al. (2010) révèle une amélioration de la pleine conscience parentale à la suite de l'intervention. Celle de Coastworth et al. (2015) fait plutôt ressortir

que les mères n'ayant reçu que des informations à la maison (groupe témoin) et les mères ayant participé à l'IBPC rapportent des niveaux similaires de pleine conscience parentale. De surcroît, les mères n'ayant reçu que des informations à la maison rapportent moins d'autorégulation de leurs habiletés parentales que les mères ayant participé à l'intervention sans l'ajout des activités de pleine conscience (SFP).

Finalement, il est possible de postuler qu'avant l'intervention les parents étaient de manière générale peu accoutumés à la pleine conscience (seulement le quart d'entre eux avait une expérience préalable de méditation). Leur participation au volet parental jumelée à la prise de mesure avec le même instrument au post-test pourraient avoir contribué à augmenter leur sensibilité par rapport à la variable « pleine conscience » (Vallerand & Hess, 2000). Ceci pourrait les avoir rendus de meilleurs observateurs et plus critiques face à eux-mêmes (Vallerand & Hess, 2000).

Recommandations pour améliorer le volet parental

À la lumière des résultats obtenus, de l'expérience clinique des intervenants dans le cadre de l'animation du volet parental et de la consultation des écrits empiriques ou théoriques pertinents (évaluation d'implantation, IBPC, interventions de groupe), trois recommandations ressortent : (1) perfectionner l'arrimage entre les composantes du volet parental de même qu'entre la logique opérationnelle et la théorie du changement qui sous-tendent l'intervention; (2) encourager l'apprentissage expérientiel; et (3) prendre en

compte les éléments propres au groupe (structure, processus et facteurs thérapeutiques) de manière plus systématique.

Perfectionner l'arrimage

Tout d'abord, pour bonifier le volet parental et faciliter l'évaluation de son efficacité, il serait important de revoir l'ensemble des composantes de l'intervention afin de s'assurer qu'elles respectent : (1) les objectifs (c.-à-d. améliorer les connaissances des parents sur les concepts et activités pratiques de pleine conscience afin de mieux soutenir leur enfant, offrir un espace de partage aux parents ainsi que susciter leur intérêt quant à l'utilisation de la pleine conscience dans leur vie quotidienne); et (2) le rationnel entre ces objectifs et les autres composantes de la logique opérationnelle de l'intervention, notamment les activités ainsi que les moyens mis en place (Alain & Dessureault, 2009; Chen, 2105). Par exemple, comme certains participants l'ont suggéré, les intervenants pourraient présenter les objectifs généraux du volet parental plus clairement. Ils pourraient aussi en discuter avec les parents le plus tôt possible dans le processus ainsi que les rappeler à la séance d'informations et tout au long de l'intervention afin que les parents aient des attentes réalistes. De plus, les adaptations faites par les intervenants pour répondre aux besoins cliniques des participants et du groupe devraient s'appuyer sur les objectifs généraux du volet parental. Des jeux de rôles pourraient être ajoutés pour aborder les embûches rencontrées par les parents afin qu'ils soient davantage en mesure de soutenir leur enfant dans les activités pratiques de pleine conscience à la maison. De plus, il est crucial de veiller à ce que la logique du volet parental respecte la théorie du

changement de l'intervention, c'est-à-dire les hypothèses sur les processus de changement impliqués dans le IBPC pour les jeunes et leurs parents (Alain & Dessureault, 2009; Chen, 2015). Ainsi, il serait judicieux de s'assurer que les activités proposées aux parents permettent aussi de travailler les processus de changements inhérents aux IBPC identifiés par Deplus et Lahaye (2015). Ces processus sont, entre autres, les biais attentionnels (c.-à-d. la tendance à diriger automatiquement notre attention vers un aspect particulier de l'expérience, p. ex., vers certains stimuli internes ou externes) et l'évitement expérientiel (c.-à-d. ne pas être en contact avec notre expérience interne comme nos émotions ou pensées). Par exemple, lors des méditations, s'assurer de guider les participants pour qu'ils dirigent leur attention vers différents éléments de l'expérience vécue durant l'exercice (p. ex., les stimuli internes comme les sensations corporelles et les pensées ainsi que les stimuli externes comme les bruits ambiants). En s'appuyant sur ce qui se passe en séance, veiller à ce que les intervenants nomment les comportements d'évitement qu'ils observent au moment où ils se produisent — les leurs ou ceux des participants (p. ex., ne pas faire les exercices, faire dévier la conversation lorsque des éléments plus difficiles sont discutés). Finalement, s'assurer d'aborder les biais attentionnels et l'évitement expérientiel lors des activités de partage sur les exercices.

Encourager l'apprentissage expérientiel

La deuxième recommandation s'appuie sur un des principes de base des IBPC : la maîtrise de la pleine conscience s'acquière avant tout par la pratique (Deplus & Lahaye, 2015; Germer, 2013; Kabat-Zinn, 2009). Ainsi, plutôt que de présenter des informations

ou des explications intellectuelles, l'intervenant veille à cultiver un espace de pleine conscience en séance et à inviter les participants à faire de même dans leur vie quotidienne (Semple & Lee, 2016). Il serait donc recommandable que l'intervenant principal du volet parental ait une expérience personnelle de méditation avant de l'enseigner (Segal et al., 2002; Semple & Lee, 2016; Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). Cette recommandation pourrait aussi s'appliquer à tous les intervenants impliqués dans le volet parental ou à tout le moins qu'ils s'engagent à pratiquer la pleine conscience. Ceci pourrait améliorer la capacité des intervenants à être pleinement conscients de ce qui se passe en séance ainsi qu'à s'adapter aux besoins des participants (Semple et Lee, 2016). Ceci permettrait aussi aux parents de mieux comprendre comment la pleine conscience peut être appliquée concrètement (Semple & Lee, 2016). Toutefois, soulignons que dans leur méta-analyse Zoogman et al. (2015) indiquent que, contrairement à ce qui était attendu, l'expérience de l'intervenant avec la méditation de pleine conscience ne semble pas avoir d'influence significative sur les effets de l'intervention. Cette méta-analyse porte sur 20 études réalisées avant 2012 sur des IBPC offertes à des participants de moins de 18 ans (Zoogman et al., 2015). Cependant, le recours à des intervenants expérimentés demeure, jusqu'à preuve du contraire, tout de même souhaitable. De plus, comme suggéré par les parents et les intervenants, il pourrait être pertinent de prévoir de courtes méditations que les parents pratiqueraient quotidiennement à la maison (idéalement une adaptation des exercices de leurs enfants). Afin de permettre un apprentissage expérientiel personnalisé, l'expérience vécue durant les exercices à la maison et les obstacles rencontrés pourraient être discutés au début de chaque séance. Finalement, il serait recommandable de présenter les séances

pour enfants de manière plus expérientielle et collaborative. Par exemple, comme les participants l'ont suggéré, parents et enfants pourraient être regroupés en fin de séance pour discuter de ce qu'ils retiennent de la rencontre. De plus, comme suggéré, une séance de consolidation des acquis quelques semaines après la fin de l'intervention pourrait être ajoutée. Ces recommandations qui visent à encourager l'apprentissage expérientiel faciliteraient entre autres l'autonomisation des participants et la généralisation de la pleine conscience dans la vie quotidienne (Deplus & Lahaye, 2015; Germer, 2013; Semple & Lee, 2016).

Prendre en compte les éléments propres au groupe

Tout au long de l'intervention, les intervenants ont tenu compte de la structure et des processus ainsi que des facteurs thérapeutiques propres au groupe et en ont discuté en supervision. De plus, l'auteure de la recherche a ajouté quelques précisions dans le manuel d'intervention pour tenir compte des éléments propres au groupe. À notre connaissance, ces éléments sont peu abordés explicitement dans les manuels d'intervention des IBPC pour les jeunes et leurs parents. Toutefois, il serait pertinent d'intégrer ces éléments de manière plus systématique dans l'élaboration du volet parental. En effet, ils ont un impact important sur la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de l'intervention ainsi que sur la fidélité de son implantation (Burlingame, Whitcomb, & Woodland, 2014). Par exemple, des éléments tels : (1) l'interaction entre le stade de développement du groupe (p. ex., stade initial, stade de transition, stade de travail et stade final); (2) les dynamiques de groupe (degré de participation, résistances, patrons de communication et relationnels –

avec l'intervenant ou entre participants, émotions ressenties, etc.); et (3) les facteurs thérapeutiques propres au groupe (cohésion, reconnaissance de la similarité des préoccupations, capacité à faire naître l'espoir, etc.) gagneraient à être pris en compte dans la logique opérationnelle et la théorie du changement du volet parental (Brown, 2011; Kivlighan Jr. & Kivlighan III, 2014; Schneider Corey, Corey, & Corey, 2014). Ainsi, il serait pertinent de revoir le modèle logique du volet parental, notamment les activités proposées aux participants ainsi que les attitudes et le rôle des intervenants, à la lumière des éléments propres au format de groupe. Plus spécifiquement, se questionner pour savoir si l'activité choisie permet de répondre aux objectifs (objectifs généraux du volet parental et objectifs spécifiques de la séance) tout en tenant compte des besoins cliniques des participants (p. ex., difficultés vécues avec leur enfant, ou souffrance dans leur rôle de parent), de leurs caractéristiques (p. ex., niveau d'éducation, ou degré de familiarité avec la pleine conscience) et du stade de développement du groupe (Nitza, 2014) serait souhaitable. D'ailleurs, les participants ont suggéré que les extraits vidéo et l'activité sur la présentation des règles de fonctionnement de groupe devraient être mieux adaptés aux particularités des parents. Ils ont aussi suggéré que plus d'activités brise-glace soient prévues durant le stade initial de développement du groupe pour favoriser le développement de la cohésion de groupe et du climat de confiance. De plus, comme les participants l'ont suggéré, les intervenants pourraient intégrer de manière plus systématique des discussions sur l'expérience et les enjeux de groupe. Par exemple, au début des séances il serait judicieux de prendre quelques minutes afin que les parents et les intervenants puissent faire le point sur leur expérience avec le groupe par le biais d'une

discussion (Schneider Corey et al., 2014). Cette discussion pourrait porter sur les réflexions à la suite de la dernière rencontre (p. ex., progrès du groupe ou embûches), des éléments particuliers s'étant produits durant la semaine en lien avec le groupe ou les méditations de pleine conscience. Elle pourrait aussi permettre de s'attarder aux pensées ou émotions vécues dans le moment présent ou juste avant d'arriver à la rencontre. De plus, à la fin de chaque séance il serait enrichissant de donner l'occasion aux parents et aux intervenants de réfléchir ensemble sur leur expérience avec le groupe ainsi que sur la structure et la dynamique du groupe (Schneider Corey et al., 2014). Par exemple, ces réflexions pourraient porter sur ce que les parents ont aimé, appris ou ce qui pourrait être amélioré, ce qu'ils pourraient faire pour améliorer leur expérience et celle de tous les participants ou la dynamique du groupe (Schneider Corey et al., 2014). Elles pourraient aussi servir à souligner les bons coups des participants en lien avec les méditations ou le climat du groupe durant la séance (Schneider Corey et al., 2014). Les intervenants animeraient ces discussions de groupe en respectant les principes de la pleine conscience. Ils s'assureraient notamment de porter attention à ce qui se passe dans le groupe, au moment où cela se passe, d'observer et de décrire cette expérience sans jugement, sans s'y attacher, l'éviter ou se laisser emporter. Ceci favoriserait l'amélioration des habiletés de pleine conscience des participants notamment les facettes de la pleine conscience qui se sont détériorées chez certains parents à la suite de leur participation au volet parental (p. ex., le non-jugement). Finalement, le manuel d'intervention pourrait inclure une description sommaire des caractéristiques de chaque stade de développement du groupe (Schneider Corey et al., 2014). De plus, il pourrait comprendre une description sommaire

des principes généraux pour guider l'animation et des suggestions pour traiter des cas difficiles (silence et manque de participation, intellectualisation plutôt qu'expérimentation, participant qui monopolise la séance, etc.; Schneider Corey et al., 2014). Ces éléments pourraient être discutés plus systématiquement en supervision.

Forces, limites et pistes de recherche future

Forces de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces tant sur le plan de la méthode que sur le plan de la nature et des objectifs du projet de recherche. À ce titre, soulignons d'abord qu'à notre connaissance il s'agit de l'une des premières études d'évaluation d'une IBPC pour les jeunes et leurs parents qui documente de façon exhaustive la mise en place de l'intervention ciblée. Pour ce faire, l'étude s'est appuyée de près sur des modèles conceptuels contemporains en évaluation de programmes. Les auteurs de ces modèles avancent que les effets d'une intervention sont liés à la fois à la théorie du changement et à la logique opérationnelle sous-jacentes à l'intervention ainsi qu'à la manière dont cette intervention est implantée (Alain & Dessureault, 2009; Chen, 2015; Dubois, Champagne, & Bilodeau, 2011). Plus spécifiquement, les résultats ici présentés ont permis de modéliser avec rigueur et de manière concrète la logique opérationnelle sous-jacente au volet parental d'une intervention au stade initial de son implantation dans une clinique universitaire. Ceci a permis d'explicitier les liens entre les différentes composantes du volet parental de l'intervention (p. ex., ressources, activités et processus fondamentaux, facteurs contributifs, groupe cible, résultats) et a été utile pour évaluer la fidélité de

l'implantation du volet parental (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2011). De plus, cette modélisation a facilité la communication des résultats de la recherche (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2011). En outre, cette étude a documenté et décrit de manière exhaustive la majorité des aspects pertinents liés à l'implantation du volet parental d'une IBPC pour les enfants et leurs parents et en a exploré les effets. Cette approche a permis de fournir une rétroaction afin de s'assurer de la faisabilité et de l'acceptabilité de l'intervention sur le plan clinique. Elle a également permis de décrire et d'expliquer comment l'intervention a été implantée ainsi que d'évaluer les écarts entre ce qui avait été prévu et ce qui a été fait. Finalement, cette étude a contribué à corriger les problèmes, à améliorer l'intervention et à finaliser le manuel d'intervention.

À titre de forces sur le plan de la méthode de recherche, soulignons d'abord que l'analyse des données a fait ressortir que les résultats sont représentatifs de la perception de la majorité des participants à l'étude. En effet, le taux de réponse pour l'ensemble des questionnaires a été très élevé. De plus, les intervenants ont répondu à l'ensemble des questions et ce peu importe le format de la réponse (p. ex., réponse quantitative : échelle de Likert ; réponse qualitative : commentaires, suggestions, court développement) et les parents ont répondu à l'ensemble des questions à réponse quantitative. En outre, les parents ont répondu à la majorité des questions à réponse qualitative servant à évaluer l'efficacité préliminaire et l'acceptabilité. En revanche, les taux de réponse à ces questions fluctuent entre participants.

Faisons également ressortir que les données qualitatives recueillies par le biais de l'observation participative et des questionnaires remplis par les parents ont permis d'enrichir ainsi que de valider les résultats provenant des données quantitatives et d'avoir accès à ce qui se passait durant les séances (Creswell & Plano Clark, 2011; Pluye, 2012). Cette manière de faire a été efficace : les deux types de données ont été colligés en même temps auprès d'un groupe unique de parents (Creswell & Plano Clark, 2011). Finalement, les données de recherche provenant de l'observation participative et des questionnaires remplis par les parents à chaque séance ainsi que les supervisions de groupe hebdomadaires ont alimenté le processus réflexif des intervenants tout au long de l'intervention. Ceci a facilité l'adaptation du manuel d'intervention du volet parental au fur et à mesure du déroulement de l'intervention et a permis aux intervenants d'être à l'écoute des besoins cliniques des participants ainsi que de s'y ajuster en temps réel (lorsque possible et pertinent) dans le respect du cadre conceptuel de l'intervention.

En conclusion, l'étude s'inscrit dans la foulée des modèles intégrateurs récents en évaluation de programmes. Ces modèles suggèrent de tenir compte du cadre conceptuel de l'intervention, de sa phase de développement, des aspects formatifs et sommatifs ainsi que quantitatifs et qualitatifs (Alain & Dessureault, 2009; Chen, 2015).

Limites de l'étude et pistes de recherche futures

Comme toute recherche, cette étude comporte des limites. Certaines proviennent des particularités du devis recherche, notamment du devis pré-expérimental sans groupe

témoin et des caractéristiques de l'échantillon ainsi que du contexte (Creswell, 2014; Dépelteau, 2011; Robert, 1988). D'autres découlent des limites propres aux méthodes de collecte de données utilisées, entre autres l'observation participative et les questionnaires autorapportés (Creswell, 2014; Dépelteau, 2011; Robert, 1988).

Devis pré-expérimental : menaces à la validité interne de l'étude. Cette méthode de recherche était celle qui s'imposait en raison de la phase de développement du volet parental et des objectifs de l'étude. Cependant, l'absence de groupe témoin inhérente au devis pré-expérimental représente une limite importante : il est impossible de savoir si les résultats sont réellement attribuables au volet parental de l'IBPC pour les enfants et leurs parents. En effet, d'autres variables comme les caractéristiques des participants sélectionnés (p. ex., participants volontaires), le passage du temps, la participation des enfants à l'IBPC, la qualité de l'alliance thérapeutique ou les facteurs de groupe (p. ex., la dynamique et les expériences interpersonnelles de groupe) pourraient tout aussi bien être responsables, en tout ou en partie, des résultats attribués au volet parental dans l'étude (Robert, 1988; Vallerand & Hess, 2000). Pour pallier cette situation, les recherches futures pourraient prévoir l'utilisation d'un groupe témoin. Par exemple, les résultats sur la faisabilité, l'acceptabilité ou l'efficacité du volet parental et sur la fidélité pourraient être comparés à ceux d'un groupe de parents qui ne reçoivent aucune intervention pendant que leur enfant participe à l'intervention. Ils pourraient aussi être comparés à ceux d'un groupe de parents qui participent à un groupe de soutien psychologique, sans activités en lien avec la pleine conscience. Les chercheurs pourraient

prévoir des instruments de mesure pour évaluer l'impact des processus de groupe, des comportements et habiletés des intervenants ainsi que de l'alliance thérapeutique (Sodano et al., 2014). Par exemple, les chercheurs pourraient considérer des processus de groupe comme les attentes des participants par rapport à l'efficacité d'une intervention de groupe, le climat de groupe ainsi que les facteurs thérapeutiques propres au groupe (p. ex., altruisme, cohésion, inspiration de l'espoir).

Caractéristiques de l'échantillon et du contexte : menaces à la validité externe de l'étude. D'une part, les caractéristiques de l'échantillon (composé à près de 90 % de femmes volontaires et éduquées provenant d'un milieu socio-économique privilégié) restreignent la généralisation des résultats de l'étude à l'ensemble de la population cible (parents d'enfants qui présentent des symptômes d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité ou d'anxiété ou des difficultés de régulation émotionnelle ou comportementale) ou à une population plus large. D'autre part, avoir offert l'intervention en contexte de recherche dans un milieu universitaire plutôt qu'en milieu naturel moins encadrant a pu influencer la signification que les participants (parents et intervenants) ont attachée à l'intervention (Robert, 1988). Ceci a aussi pu avoir un impact sur leurs attentes, leur mobilisation ou leur motivation ce qui constitue une limite à la validité écologique des résultats de l'étude (Robert, 1988). Finalement, le recours à une étude de cas menace également la généralisation des résultats. Rappelons toutefois que, dans l'ensemble, les résultats de l'étude sont similaires à ceux obtenus dans les études empiriques recensées qui portent sur des interventions offertes à des populations variées ou dans des contextes

diversifiés ce qui semble appuyer la validité externe de l'étude. Pour améliorer cette validité, les recherches futures pourraient évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du volet parental ainsi que la fidélité en l'offrant à des participants qui proviendraient d'horizons diversifiés (p. ex., groupe de pères, parents moins éduqués ou moins fortunés). Le volet parental pourrait aussi être offert dans des contextes variés (Centre de santé et de services sociaux, groupe communautaire, groupe animé par des intervenants qui n'auraient pas participé à la conception et à l'adaptation de l'intervention, etc.).

Méthodes de collecte de données : menaces à l'objectivité, à la fidélité, à la validité ou à la sensibilité des données recueillies. L'observation participative était bien adaptée à l'évaluation de l'implantation du volet parental et à l'exploration de ses effets notamment parce qu'elle favorisait une connaissance approfondie de l'intervention en temps réel. Cependant, la présence de l'auteure de l'étude à titre d'intervenante principale ainsi que le recours aux intervenants de soutien pour compléter les GO pourraient avoir exercé une ascendance sur les comportements des parents et des intervenants (Mace & Pétry, 2000; Quinn Patton, 2015). Également, les réponses aux différents instruments de mesure pourraient avoir été influencées par les attentes de l'auteure de l'étude ou celles des participants envers eux-mêmes (Bouchard, Earls, & Fortin, 1988; Vallerand & Hess, 2000). Par exemple, les parents ont pu donner les réponses ou afficher les comportements qu'ils croyaient être les bons afin d'être jugés positivement (désirabilité sociale; Bouchard et al., 1988; Vallerand & Hess, 2000). À l'inverse, les participants ont pu répondre dans le sens contraire pour s'opposer à l'auteure de l'étude (Bouchard et al., 1988; Vallerand

& Hess, 2000). De plus, même si l'utilisation de plus d'une situation de mesure pourrait avoir contribué à mitiger l'influence de l'observation participative (effet d'habitation à la présence de l'auteur de l'étude), demander aux participants d'évaluer l'intervention à plusieurs reprises (après chaque séance; huit fois au total avec les mêmes instruments) pourrait aussi avoir eu un impact sur leurs réponses (Vallerand & Hess, 2000). Par exemple, les participants, par souci de constance, pourraient avoir donné des réponses similaires d'une séance à l'autre (Vallerand & Hess, 2000). De plus, le fait d'avoir discuté des enjeux de groupe dans certaines séances pourrait avoir eu une influence sur les réponses aux questions qui portaient sur le climat de groupe (Vallerand & Hess, 2000). Finalement, certains éléments pourraient avoir eu un impact sur les réponses des participants aux questionnaires autorapportés (p. ex., QÉS, JB). Ces éléments sont le biais de désirabilité sociale (désir de plaire ou de se conformer), le manque de discrimination des échelles (échelles de Likert en quatre points), les divergences dans l'interprétation des questions et le manque de temps pour répondre aux questions, particulièrement pour le QÉS administré à la fin de chaque séance, etc.

En conclusion, la participation de l'auteur de l'étude au volet parental, le recours aux intervenants pour agir comme répondants et l'utilisation de plusieurs temps de mesure ainsi que de questionnaires autorapportés pourraient avoir contribué à biaiser les données recueillies (Mace & Pétry, 2000; Robert, 1988). Soulignons toutefois que la triangulation des données qui provenaient d'une variété de répondants et d'instruments de mesure pourrait avoir mitigé l'effet de ces biais sur les résultats et amélioré la validité de l'étude

(Creswell, 2014). Pour réduire l'influence des sources de biais, les recherches futures pourraient, par exemple, recourir à des observateurs indépendants (demander à des observateurs non impliqués dans le projet de recherche de remplir les GO ou au parent qui ne participe pas au volet parental d'évaluer les changements dans la vie quotidienne, etc.). Les chercheurs pourraient aussi confier l'animation du volet parental à des intervenants qui ne font pas partie de l'équipe de recherche. Finalement, ils pourraient réduire la fréquence de la mesure (p. ex., évaluer la satisfaction des parents uniquement après la première et la dernière séances ainsi qu'à mi-parcours) et utiliser des échelles de Likert qui comportent plus de points.

Retombées cliniques de l'étude

Tout d'abord, ce projet de recherche a permis d'offrir un service à la communauté et, plus particulièrement à des enfants présentant des symptômes d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité, d'anxiété ou des difficultés de régulation des émotions et des comportements ainsi qu'à leurs parents. De ce fait, il a contribué à améliorer l'accès aux services psychologiques sur la Rive Sud de Montréal. De plus, les parents qui ont participé au volet parental ont rapporté être davantage en mesure de porter attention à leur enfant. Ils ont aussi constaté une amélioration dans la qualité de la relation parent-enfant. Également, en offrant l'intervention dans une clinique universitaire de psychologie, ce projet a contribué à la formation de futurs psychologues tant dans le domaine des IBPC que dans celui des interventions de groupe. En outre, en appréciant la qualité de l'implantation du volet parental d'une IBPC pour les enfants et leurs parents de manière

exhaustive et rigoureuse ainsi qu'en explorant ses effets, l'étude a facilité la compréhension de la dynamique de l'implantation ainsi que des facteurs explicatifs critiques (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, & Denis, 2011; Dane & Schneider, 1998). Elle a ainsi permis, entre autres, de raffiner la réflexion sur l'implantation des IBPC destinées à ce type de clientèle. De plus, elle a permis d'entrevoir des pistes de changements utiles au psychologue clinicien qui respectent les besoins cliniques des participants et la logique opérationnelle ainsi que la théorie du changement qui sous-tendent ce type d'interventions. Finalement, le recours à un schéma pour la modélisation de la logique opérationnelle du volet parental représente un outil qui facilitera la communication entre les psychologues cliniciens et la diffusion de l'intervention à plus grande échelle (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2011).

Conclusion

L'étude s'inscrit dans la foulée des recherches sur les IBPC pour les jeunes et leurs parents. Elle porte sur le volet parental d'une IBPC offerte dans une clinique universitaire à des enfants âgés de 8 à 12 ans et leurs parents. Soulignons que ce volet parental se démarque, car il est l'un des rares à offrir autant de séances pour les parents que pour les enfants.

Cette étude visait à évaluer l'implantation et à explorer l'efficacité du volet parental. La majorité des résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux des études antérieures dans le domaine. Plus spécifiquement, les résultats montrent que le volet parental semble être faisable et acceptable tant pour les intervenants que pour les parents. En effet, les participants rapportent être satisfaits des rencontres ainsi que du contenu des séances, des moyens utilisés, de l'animation et du climat de groupe. De plus, les résultats révèlent que les intervenants sont en mesure de respecter le protocole d'intervention du volet parental tout en prenant en compte le rythme du groupe. Finalement, dans l'ensemble les effets préliminaires du volet parental sont prometteurs. En effet, l'intervention semble être utile pour les parents, car elle les aiderait, par exemple, à comprendre l'IBPC à laquelle leur enfant participe et faciliterait son accompagnement. De plus, participer au volet parental améliorerait, entre autres, la capacité du parent à porter attention à son enfant et la qualité de la relation parent-enfant ainsi que les capacités de pleine conscience du parent.

L'étude se distingue, car à notre connaissance aucune étude sur les IBPC pour les enfants et les parents ne décrit de manière schématique la logique opérationnelle du volet parental. Pourtant, pour qu'une intervention soit évaluable, il est primordial que ses principales composantes et les liens entre ces composantes soient clairement précisés (Alain & Dessureault, 2009). De plus, cette étude se démarque par le fait qu'elle semble être l'une des premières qui portent sur l'évaluation de la majorité des aspects de l'implantation d'un volet parental à l'aide d'indicateurs et d'informateurs variés. Or, selon les auteurs contemporains dans le domaine de l'évaluation de programmes, une évaluation rigoureuse de l'implantation est essentielle, particulièrement pour les interventions qui sont au tout début de leur mise en place. D'une part, sur le plan de la recherche, l'évaluation de l'implantation permet d'interpréter les résultats obtenus en fonction de l'intervention que les intervenants ont réellement implantée. D'autre part, sur le plan pratique, elle permet de mieux comprendre comment le volet parental est mis en œuvre. Elle donne également l'opportunité d'y apporter les ajustements nécessaires le plus rapidement possible pour favoriser son efficacité dans le respect de son cadre conceptuel. En effet, la qualité de l'implantation du volet parental favorise son efficacité pour les parents. D'ailleurs, au fil des semaines, les intervenants ont apporté quelques modifications aux activités du volet parental afin de mieux répondre aux besoins qui se dégageaient des commentaires des participants. En outre, l'étude a permis de dégager des recommandations de modifications à apporter à la logique opérationnelle du volet parental afin de s'assurer qu'elle respecte encore mieux le cadre conceptuel des IBPC. Ceci devrait ultimement maximiser les retombées positives pour les parents.

L'étude contribue donc au développement des connaissances théoriques et empiriques dans un domaine en pleine effervescence. Sur le plan clinique, en plus d'engendrer des retombées positives pour les parents, cette étude a permis de former de futurs psychologues. De plus, elle facilitera la mise en œuvre du volet parental des IBPC pour les enfants et leurs parents par les cliniciens. Cette étude montre que le volet parental est une intervention faisable, acceptable et efficace qui peut être implantée fidèlement. Dans ce contexte, il serait intéressant de poursuivre l'évaluation de l'implantation et de l'efficacité du volet parental à plus grande échelle. Par exemple, les recherches futures pourraient viser à évaluer l'intervention auprès de plusieurs cohortes et dans différents milieux (communautaire, scolaire, etc.) De plus, elles pourraient utiliser un groupe témoin (un groupe de parents qui ne reçoivent que du matériel écrit sur la pleine conscience et sur l'IBPC à laquelle leur enfant participe, un groupe de parents sur une liste d'attente, etc.)

Références

- Alain, M., & Dessureault, D. (Éds). (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Altmaier, E., & Maloney, R. (2007). An initial evaluation of a mindful parenting program. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1231-1238. doi:10.1002/jclp.20395
- Baer, R. A. (Éd.). (2014). *Mindfulness-based treatment approaches : Clinician's guide to evidence base and applications* (2^e éd.). Watham, MA : Academic Press, Elsevier.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi : 10.1177/1073191105283504
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342. doi: 10.1177/1073191107313003
- Benn, R., Akiva, T., & Arel, S. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, 48, 1476-1487. doi : 10.1037/a0027537
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 193-209. doi : 10.1017/S1352465808004190
- Bögels, S., Lehtonen, A., Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1, 107-120. doi : 10.1007/s12671-010-0014-5
- Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen R. (2014). Mindful parenting in mental health care : Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting and marital functioning. *Mindfulness*, 5, 536-551. doi : 10.1007/s12671-013-0209-7
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting : A guide for mental health practitioners*. New York, NY : Springer New York.

- Bouchard, M.-A., Earls, C., & Fortin, A. (1988). Plans de recherche quasi expérimentaux. Dans Robert, M. (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3^e éd., pp. 167-189). Saint-Hyacinthe, QC : Edisem.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (Éds). (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e éd.) Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brown, N. W. (2011). *Psychoeducational groups : Process and practice* (3^e éd.). New York, NY : Routledge.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. doi : 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents : A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 133-144. doi : 10.1007/s10826-009-9282-x
- Burlingame, G. M., Whitcomb, K., & Woodland, S., 2014. Process and outcome in group counseling and psychotherapy. Dans J. L. DeLucia-Waack, C. R. Kalodner, & M. T. Riva, *Handbook of group counselling & psychotherapy* (2^e éd., pp. 55-70). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Carabal (1998). *Les gosses : t'as dit quoi?* Marcinelle, Belgique : Dupuis.
- Cayoun, B. A. (n. d.). *Mindfulness-based self-efficacy scale*. Repéré le 5 juillet 2018 à <http://www.mindfulness.net.au/mindfulness-based-self-efficacy-scale.html>.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z, Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & Z. Hartz (Éds), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e éd., pp. 237-273). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z, & Contandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & Z. Hartz (Éds), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e éd., pp. 71-84). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation : Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.

- Chiesa, A. (2013). The difficulty of defining mindfulness : Current thought and critical issues. *Mindfulness*, 4, 255-268. doi : 10.1007/s12671-012-0123-4
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches : Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology*, 67, 404-424. doi : 10.1002/jclp.20776
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Berrena, E., Bamberger, K.T., Loeschinger, D., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2014). The mindfulness-enhanced strengthening families program : Integrating brief mindfulness activities and parent training within an evidence-based prevention program. *New Directions for Youth Development*, 142, 45-58. doi : 10.1002/yd.20096
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2010). Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth : Results from a randomized pilot intervention trial. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 203-217. doi : 10.1007/s10826-009-9304-8
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, ... Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training : Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program. *Developmental Psychology*, 51, 26-35. doi : 10.1037/a0038212
- Cortell, R. (2009). *A pilot study of an emotion coaching and mindfulness program for parents of early adolescents* (Thèse de doctorat inédite). Catholic University of America, Washington, DC.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design : Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention : Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23-45. doi : 10.1016/S0272-7358(97)00043-3
- Dépelteau, F. (2011). *La démarche d'une recherche en sciences humaines*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Deplus, S. (2012). Les interventions basées sur la pleine conscience pour l'enfant, l'adolescent et leurs parents. Dans I. Kotsou & A. Heeren (Éds), *Pleine conscience et acceptation : les thérapies de la 3^e vague* (2^e éd., pp. 83-108). Bruxelles, Belgique : De Boeck.

- Deplus, S., Billieux, J., Scharff, C., & Philippot, P. (2016). A mindfulness-based group intervention for enhancing self-regulation of emotion in late childhood and adolescence : A pilot study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14, 775-790. doi: 10.1007/s11469-015-9627-1
- Deplus, S., & Lahaye, M. (2015). *La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles, Belgique : Éditions Mardaga.
- Deplus, S., Lahaye, M., & Philippot, P. (2014). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec l'enfant et l'adolescent : les processus de changement. *Revue québécoise de psychologie*, 35, 71-116.
- Dubois, C.-A., Champagne, F., & Bilodeau, H. (2011). Historique de l'évaluation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & Z. Hartz (Éds), *L'évaluation : concepts et méthodes* (2^e éd., pp. 27-48). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Dumas, J. E. (2012). *L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Duncan, L. G. (2007). *Assessment of mindful parenting among parents of early adolescents : Development and validation of the interpersonal mindfulness in parenting scale* (Thèse de doctorat inédite). The Pennsylvania State University, University Park, PA.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009a). A model of mindful parenting : Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child Family Psychology Review*, 12, 255-270. doi : 10.1007/s10567-009-0046-3
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009b). Pilot study to gauge acceptability of a mindfulness-based, family-focused preventive intervention. *Journal of Primary Prevention*, 30, 605-618. doi : 10.1007/s10935-009-0185-9
- Feagans Gould, L., Dariotis, J. K., Greenberg, M. T., & Mendelson, T. (2016). Assessing fidelity of implementation (FOI) for school-based mindfulness and yoga interventions : A systematic review. *Mindfulness*, 7, 5-33. doi : 10.1007/s12671-015-0395-6
- Ferraioli, S. J., & Harris, S. L. (2013). Comparative effects of mindfulness and skills-based parent training programs for parents of children with autism : Feasibility and preliminary outcome data. *Mindfulness*, 4, 89-101. doi : 10.1007/s12671-012-0099-0

- Funnel, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory : Effective use of theories of change and logic models*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Germer, C. K. (2013). Mindfulness : What is it? What does it matter? Dans C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Éd.), *Mindfulness and psychotherapy*. (2^e éd., pp. 3-35). New York, NY : The Guilford Press.
- Grégoire, S., & De Mondehare, L. (2016). Enjeux liés à la définition et à la mesure de la présence attentive. Dans S. Grégoire, L. Lachance, & L. Richer (Éds), *La présence attentive, mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp. 9-29). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Heeren, A. (2011). Processus psychologique et pleine conscience : au cœur de la troisième vague. Dans I. Kotsou & A. Heeren (Éds), *Pleine conscience et acceptation : les thérapies de la 3^e vague* (2^e éd., pp. 63-81). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the five facets mindfulness questionnaire : Adaptation and validation in a french-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, 61, 147-151. doi : 10.1016/j.erap.2011.02.001
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31, 37-61.
- Herbault, A. (1999). *Le petit souci*. Paris, France : Casterman.
- Iadarola, S. J. (2011), *Comparative effects of mindfulness and skills-based parent training programs : Feasability and preliminary outcome data* (Thèse de doctorat inédite). State University of New Jersey, Newmark, NJ.
- Jastrowski Mano, K. E., Salamon, K. S., Hainsworth, K. R., Anderson Khan, K. J., Ladwig, R. J., Davies, W. H., & Weisman, S. J. (2013). A randomized, controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for pediatric chronic pain. *Alternative Therapies*, 19, 8-14.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY : Bantam Book.
- Kabat-Zinn, J. (1996). *Où tu vas, tu es : apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes*. Paris, France : J'ai lu.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context : Past, present, and future. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10, 144-153. doi : 10.1093/clipsy/bpg016

- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : le manuel complet du MBSR, ou réduction du stress basée sur la mindfulness*. Paris, France : J'ai lu.
- Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings : The inner work of mindful parenting*. New York, NY : Hyperion.
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., & Hancock, K. (2015). Review : Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents : A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20, 182-194. doi : 10.1111/camh.12113
- Kivlighan Jr., D. M., & Kivlighan III, D. M. (2014). Therapeutic factors. Dans J. L. DeLucia-Waack, C. R. Kalodner, & M. T. Riva, *Handbook of group counselling & psychotherapy* (2^e éd., pp. 46-54). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Klingbeil, D. A., Renshaw, T. L., Willenbrink, J. B., Copek, R. A., Tai Chan, K. , Haddock, A., ... Clifton, J. (2017). Mindfulness-based interventions with youth : A comprehensive meta-analysis of group-design studies. *Journal of School Psychology*, 63, 77-103. doi : 10.1016/j.jsp.2017.03.006
- Knowlton, L. W., & Phillips, C. C. (2013). *The logic model guidebook : Better strategies for great results*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Lafortune, D., Cousineau, M.-M., & Tremblay, C. (Éds). (2010). *Pratiques innovantes auprès des jeunes en difficulté*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D., & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children : Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An international Quartely*, 22, 15-28. doi: 10.1891/0889.8391.22.1.15
- Mace, G., & Pétry, F. (2000). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche* (2^e éd.). Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Massé, L., Verreault, M., & Verret, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison : programme multi-propulsions — volet parents*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Maynard, B.R., Solis, M.R., Miller, V. L., & Brendel, K.E. (2017). Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students. *Campbell Systematic Reviews*, 2017. doi : 10.4073/csr2017.5

- Ménard, J., & Beresford, B. (2016). Interventions basées sur la présence attentive. Dans S. Grégoire, L. Lachance, & L. Richer (Éds), *La présence attentive, mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp. 71-90). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Minor, H. G., Carlson, L. E., Mackenzie, M. J., Zernicke, K., & Jones, L. (2006). Evaluation of a mindfulness-based stress reduction (MBSR) program for caregivers of children with chronic conditions. *Social Work in Health Care*, 43, 91-109. doi:10.1300/J010v43n01_06
- Molgaard, V. K., Spoth, R. L., & Redmond, C. (2000). *Competency training : The strengthening families program for youth, 10-14. Bulletin*. Washington, DC : US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Monestès, J.-L., & Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Nedelcu, A., & Grégoire, S. (2016). Méditation et présence attentive. Dans S. Grégoire, L. Lachance & L. Richer (Éds), *La présence attentive, mindfulness : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques* (pp. 31-49). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Nitza, A. (2014). Selecting and using activities in groups. Dans J. L. DeLucia-Waack, C. R. Kalodner, & M. T. Riva, *Handbook of group counselling & psychotherapy* (2^e éd., pp. 95-106). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Paillé, P., & Mucchielli, A., (2012). L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd., pp. 230-313). Paris, France : Armand Collin.
- Porteous, N. L. (2012). La construction du modèle logique d'un programme. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (2^e éd., pp. 89-107). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Potvin, P. (2009). Éléments et critères d'évaluabilité d'un programme d'intervention psychosociale. Dans M. Alain & D. Dessureault (Éds), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 101-114). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Pluye, P. (2012). Les méthodes mixtes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (2^e éd., pp. 125-143). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.

- Quinn Patton, M. (2015). *Qualitative research & evaluation methods* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Inc.
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). Introduction générale à l'évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (2^e éd., pp. 13-32). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Robert, M. (1988). Validité, variable et contrôle. Dans M. Robert (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3^e éd., pp. 78-118). Saint-Hyacinthe, QC : Edisem.
- Schneider Corey, M, Corey, G., & Corey, C. (2014). *Groups : Process and practice* (9^e éd.). Belmont, CA : Brooks/Cole.
- Schoendorff, B., Grand, J., & Bolduc, M.-F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : guide clinique*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY : Guilford Press.
- Semple, R. J., & Lee, J. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: A manual for treating childhood anxiety*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- Semple, R. J., & Lee, J. (2016). *La pleine conscience pour les enfants anxieux : aller mieux en s'amusant grâce au programme MBCT-C*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children : Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 218-229. doi : 10.1007/s10826-009-9301-y
- Siaud-Facchin, J. (2014). *Tout est là, juste là : méditation de pleine conscience pour les enfants et les ados aussi*. Paris, France : Odile Jacob.
- Simkin, D. R., & Black, N. B. (2014). Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23, 487-534. doi : 10.1016/j.chc.2014.03.002
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Fisher, B. C., Wahler, R. G., McAleavey, K., ... Sabaawi, M. (2006). Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14, 169-177. doi : 10.1177/10634266060140030401

- Sodano, S. M., Guyker, W. M., DeLucia-Waack, J. L., Cosgrove, H. E., Altabef, D. L., & Amos, B. S. (2014). Measures of group process, dynamics, climate, behavior, and outcome. Dans J. L. DeLucia-Waack, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Éds). *Handbook of group counselling & psychotherapy* (2^e éd., pp. 159-177). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder : A meta-analysis of randomized controlled-trials. *PloS One*, 9. doi : 10.1371/journal.pone.0096110
- Thompson, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents : Effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 395-407. doi : 10.1177/1359104508090603
- Vallerand, R. J., & Hess, U. (2000). *Méthodes de recherche en psychologie*. Montréal, QC : Gaëtan Morin éditeur.
- van der Oord, S., Bögels, S. M., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 139-147. doi : 10.1007/s10826-011-9457-0
- van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., de Bruin, E. L., & Bögels, S. M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 775-787. doi : 10.1007/s10826-011-9531-7
- Werner, A. (2004). *A guide to implementation research*. Washington, DC : The Urban Institute Press.
- Yin, R. K., & Riddle, V. (2012). Théorie et pratiques des études de cas en évaluation de programmes. Dans V. Ridde & C. Dagenais (Éds), *Approches et pratiques en évaluation de programmes* (2^e éd., pp.179-198). Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools : A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-20. doi : 10.3389/fpsyg.2014.00603
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness interventions with youth : A meta-analysis. *Mindfulness*, 6, 290-302. doi : 10.1007/s12671-013-0260-4

Appendice A

Documents liés au recrutement

Courriel de recrutement

Date (à spécifier)

Madame, Monsieur :

Nous sollicitons votre aide pour le recrutement d'enfants de 8 à 12 ans et de leurs parents intéressés à participer à une *intervention basée sur la pleine conscience (IBPC)* offerte à la Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et en adolescence de l'Université de Sherbrooke, à Longueuil. Les enfants doivent présenter des *symptômes* d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité ou d'anxiété ou encore des *difficultés* de régulation émotionnelle ou comportementale. L'IBPC, offerte en format de groupe, s'inscrit dans le cadre d'une recherche clinique visant à évaluer l'implantation et l'efficacité de l'intervention. Le projet de recherche est mené par des étudiantes au doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke, sous la direction de Fabienne Lagucux, Ph. D. et Véronique Parent, Ph. D., professeures au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.

L'IBPC comprend un volet pour enfants et un volet parental animés par des étudiantes au doctorat en psychologie, cheminement intervention en enfance et adolescence. L'intervention débute dès que 10 enfants et leurs parents répondant aux critères du projet de recherche auront été recrutés (certaines exclusions s'appliquent).

Par le biais d'ateliers ludiques, l'objectif de l'IBPC est d'entraîner les enfants à devenir plus conscients de leurs émotions, pensées, comportements et sensations corporelles, ici et maintenant. Le volet parental vise à offrir psychoéducation et soutien aux parents dont l'enfant participe à l'IBPC. La pleine conscience est utile, notamment, pour aider à être plus présent, à se recentrer et à s'apaiser. Ceci permet d'être mieux outillé pour faire face au stress, réguler ses émotions ainsi qu'à être plus attentif et concentré.

Nous apprécierions donc, lorsque vous le jugerez approprié, si vous pouviez proposer cette IBPC à vos clients. Pour ce faire, vous trouverez ci-joint un *dépliant d'informations* pour les parents. Si vous avez des questions ou désirez obtenir davantage d'informations, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe de recherche par téléphone, poste ou par courriel.

Nous vous invitons à transmettre nos coordonnées aux clients ciblés, afin qu'ils nous manifestent leur intérêt à participer à cette intervention basée sur la pleine conscience.

Merci pour votre collaboration.

L'équipe de recherche

Fabienne Lagucux, Ph. D. et Véronique Parent, Ph. D.

Professeures au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke

Raphaëlle Beauregard-Lacroix, Karine Gaudreault, Lisa-Maria Slim et Caroline Walker

Candidates au doctorat en psychologie (D.P.s.) - cheminement intervention en enfance et adolescence, Université de Sherbrooke

<h3>DESCRIPTION DE L'INTERVENTION</h3> <p>OBJECTIFS</p> <p>Offerte en <i>groupe</i>, l'intervention vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entraîner les enfants à mieux gérer leurs émotions par le biais d'ateliers ludiques favorisant l'apprentissage d'exercices de pleine conscience. ▪ Fournir psychoéducation et soutien à leurs parents. <p>POUR QUI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants de 8 à 12 ans présentant : <ul style="list-style-type: none"> → de l'agitation, de l'impulsivité, de l'inattention ou du stress → des difficultés à gérer leurs émotions ou comportements ▪ Et leurs parents <p>DÉROULEMENT</p> <p>10 rencontres de 90 minutes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une séance d'informations (<i>parents</i>) ▪ Sept séances d'intervention pour les enfants, avec, en parallèle, <i>sept</i> séances d'intervention pour leurs <i>parents</i> ▪ Deux rencontres pour évaluer les effets de l'intervention (<i>enfants et parents</i>) <p>QUAND</p> <p>Journée et heure à confirmer.</p>	<h3>INFORMATIONS ADDITIONNELLES</h3> <p>Si vous êtes intéressés à bénéficier de <i>l'intervention basée sur la pleine conscience pour les enfants et leurs parents*</i> ou pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec l'équipe de recherche :</p> <p>LA CLINIQUE D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION EN ENFANCE ET EN ADOLESCENCE</p> <p>est située au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke</p> <p>Pour visionner le plan du site, veuillez consulter : www.usherbrooke.ca/visiter/plans-des-campus/campus-de-longueuil</p> <p><small>* Seuls les dix premiers enfants rencontrant les critères du projet de recherche et leurs parents seront invités à participer à l'intervention.</small></p>	<h3>PROJET DE RECHERCHE PORTANT SUR :</h3> <p>UNE INTERVENTION BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES ENFANTS ET LEURS PARENTS</p> 	<h3>OFFERTE À :</h3> <p>LA CLINIQUE D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION EN ENFANCE ET EN ADOLESCENCE</p> <p>UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE</p> <p><small>SEP 2019/2020</small></p>
---	---	---	---



Intervention basée sur la pleine conscience pour les enfants et leurs parents

LE PERSONNEL

LES INTERVENANTS ET LES CHEURCHEURS

L'intervention et le projet de recherche sont menés par des étudiants au doctorat en psychologie sous la responsabilité du cheminement *Intervention en enfance et adolescence* de l'Université de Sherbrooke, campus de Longueuil.

LES SUPERVISEURS ET DIRECTEURS DU PROJET DE RECHERCHE

L'intervention est offerte sous la supervision de deux psychologues d'expérience membres de l'Ordre des psychologues du Québec. Ces psychologues sont professeurs au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et membres de l'équipe de recherche. Elles détiennent des expertises variées auprès de la clientèle 0-18 ans et de leur famille.

Pourquoi participer à l'intervention ?

Cette intervention peut aider votre enfant à se recentrer, à s'apaiser et à être mieux outillé pour faire face au stress, à l'anxiété, à la colère et à la frustration. Elle peut aussi permettre à votre enfant de gérer ses comportements difficiles (p. ex., impulsivité et l'hyperactivité) de manière plus adéquate ainsi que renforcer sa confiance en soi. Le volet parental vous initiera à la pleine conscience ainsi qu'à l'intervention et vous aidera à accompagner votre enfant.

Qu'est-ce que la pleine conscience ?

La **pleine conscience**, c'est simplement porter attention, observer ce qui se passe maintenant, en adoptant une attitude d'ouverture et de bienveillance. Être présent ici, dans l'instant, sans juger, sans rejeter ce qui se passe, sans y réagir automatiquement et sans se laisser entraîner par l'agitation du jour.

En fait, il s'agit de changer notre façon de voir les choses et transformer notre façon d'être avec les autres. En étant éveillé, bienveillant et consciemment présent avec attention, nous sommes en rapport avec ce qui vit en nous et autour de nous. L'apprentissage de la pleine conscience est simple et rapide. Cependant, il faut des années de pratique pour bien la maîtriser. Alors mieux vaut s'y mettre dès maintenant !

Les études sur les interventions basées sur la pleine conscience montrent des résultats encourageants dans de nombreux domaines, tels : l'équilibre émotionnel, les fonctions exécutives (p. ex., la planification et la résolution de problèmes), la mémoire, l'attention et la concentration en contexte scolaire, la qualité des échanges familiaux, etc.

**PROJET DE RECHERCHE :
INTERVENTION BASÉE SUR LA PLEINE
CONSCIENCE POUR LES ENFANTS ET
LEURS PARENTS**

À LA CLINIQUE D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION EN ENFANCE ET EN ADOLESCENCE

OBJECTIFS

Ce projet de recherche souhaite vérifier si une *intervention basée sur la pleine conscience* est adéquate et utile pour les enfants et leurs parents et évaluer ses effets.

Cette intervention vise à entraîner les enfants à devenir plus conscients de leurs émotions, de leurs pensées et de leurs sensations corporelles ainsi qu'à fournir psychoéducation et soutien aux parents.

En participant à une intervention de groupe, vous et votre enfant pourrez également vivre une expérience positive sur le plan social !

POUR QUI

Enfants de 8 à 12 ans présentant :

- ❖ De l'agitation, de l'impulsivité, de l'inattention ou du stress, *ou encore*
- ❖ Des difficultés à gérer leurs émotions ou comportements

Et leurs parents

DÉROULEMENT

10 rencontres d'une durée de 90 minutes :

- ❖ Parents : 1 séance d'informations et 7 séances d'intervention du volet parental
- ❖ Enfants : 7 séances d'intervention du volet enfants
- ❖ Parents ET Enfants : 2 rencontres supplémentaires, avant et après l'intervention, afin de compléter des exercices et des questionnaires

QUAND

Journée et heure à confirmer



Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et en adolescence

ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE INITIAL Intervention basée sur la pleine conscience

Section A : Protocole pour l'entretien téléphonique

Objectifs

- Fournir au parent l'information pertinente pour qu'il puisse confirmer son intérêt à sa participation et celle de son enfant à l'intervention de groupe basée sur la pleine conscience (IBPC).
- Clarifier le service offert et le projet de recherche associé.
- Vérifier si le service offert peut répondre aux besoins d'intervention et aux attentes du client.

Déroulement

* Si boîte vocale : laisser un message mentionnant qu'il s'agit de l'équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke qui appelle concernant la participation à l'IBPC offert dans le cadre d'un projet de recherche. Donner le numéro de téléphone pour nous recontacter (), en mentionnant qu'il s'agit du groupe de pleine conscience. Demander d'indiquer quel est le meilleur moment pour les contacter.

1. Présentation

But : Se présenter et vérifier certaines informations de base

- S'identifier clairement.
- Vérifier s'il s'agit d'un bon moment pour parler, sinon s'entendre sur un rendez-vous téléphonique et confirmer à quel numéro le rejoindre.
- Vérifier si l'intérêt face à la participation à l'IBPC est toujours présent.
- Clarifier le but de l'entretien téléphonique (informer sur le fonctionnement de l'IBPC, volet enfants et volet parental, et sur le projet de recherche associé ainsi que recueillir l'information pertinente à l'évaluation de la demande de participation). Indiquer que cet appel ne confirme donc pas la participation à l'intervention, mais garantit un suivi quant à la demande.
- Vérifier si le parent demandeur a le consentement de l'autre parent. Sinon, questionner et expliquer le contexte légal.

2. Fonctionnement de l'IBPC

But : Transmettre l'information pertinente sur le fonctionnement du groupe et le projet de recherche associé.

- Un total de 10 rencontres est à prévoir (les dates seront préalablement déterminées) :
 - Entraîner les enfants à mieux gérer leurs émotions par le biais d'ateliers ludiques favorisant l'apprentissage d'exercices de pleine conscience.
 - Fournir psychoéducation et soutien à leurs parents.
- Les intervenantes sont doctorantes en psychologie, cheminement intervention en enfance et en adolescence.
- Elles sont supervisées par des psychologues d'expérience membres de l'OPQ ayant une expertise auprès de cette clientèle.
- IBPC comprend un volet enfants et un volet parental
- Toutes les séances d'évaluation et d'intervention sont enregistrées (exclusivement aux fins de la présente recherche et de la supervision des doctorantes).
- Un total de 10 rencontres est à prévoir (les dates seront préalablement déterminées) :
 - Une rencontre d'évaluation pré-intervention
 - Une rencontre d'information

2

- Sept séances d'IBPC volet enfants
 - Ces séances seront accompagnées de sept séances d'IBPC volet parental qui auront lieu en même temps, mais séparément.
 - Une rencontre d'évaluation post-intervention
- Concernant les plages horaires pour l'IBPC, ces rencontres hebdomadaires, d'une durée de 90 minutes, auront lieu un soir de semaine possiblement le mardi ou le jeudi, la *journée demeure à confirmer*, durant la plage horaire 15h30 à 18h (maximum), *heure demeure à confirmer*, pour une durée de sept semaines, du (*date du début à confirmer*) au (*date de fin à confirmer*).
 - Tarif : Aucun frais.
 - À qui s'adresse ce groupe/ critères d'inclusion:
 - Votre enfant est âgé entre 8 et 12 ans;
 - Votre enfant présente de l'agitation, de l'impulsivité, de l'inattention, du stress ou des difficultés à gérer ses émotions ou ses comportements;
 - Vous pouvez participer au volet parental;
 - Votre enfant et vous êtes disponibles pour les dix rencontres du projet de recherche.
 - Critère d'exclusion :
 - Les enfants ayant reçu un diagnostic de retard mental, de problèmes neurologiques, de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble du langage modéré ou sévère ne peuvent pas participer à ce projet de recherche
 - Vérifier si les parents sont séparés; si oui, si l'autre parent est au courant des démarches.
 - Objectifs :
 - Nous souhaitons vérifier si l'intervention est adéquate et utile pour les enfants et leurs parents et vérifier les effets sur : (1) la conscience du moment présent des enfants et des parents, (2) les comportements et émotions au quotidien des enfants et (3) la capacité à penser et réfléchir des enfants (fonctions cognitives).
 - Points importants :
 - Au moins un des parents (de préférence toujours le même parent) doit pouvoir être présent aux sept séances du volet parental;
 - Les autres membres de la fratrie ne participant pas au groupe ne devraient pas être présents car il est impossible d'assurer leur surveillance.
3. **Compléter la section B : Demande initiale de participation à l'IBPC**
But : Recueillir les informations pertinentes à la demande de participation.
4. **Conclusion**
But : Conclure l'appel et informer le parent de la suite des choses.
- Informer le parent sur les étapes à venir :
 - Prise de décision de la demande (acceptation, refus)
 - Un prochain appel téléphonique aura lieu pour confirmer la réponse à la demande
 - Demander si le client a des questions (toutes les informations propres à l'emplacement de la clinique ou au stationnement se retrouvent sur le site internet de la clinique usherbrooke.ca/plan-clinique-longueuil)

Étapes subséquentes

S'assurer que la section B est bien complétée et la déposer dans le dossier approprié, dans le classeur.
 Appeler le client pour donner la réponse à la demande.

3



Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et en adolescence

Code : _____
(À compléter par le chercheur)

Section B : Demande initiale de participation à l'IBPC

Nom de l'enfant/ adolescent : _____ ☐ Fille ☐ Garçon
 Date de naissance : _____ (jour/mois/année)
 Nom de la personne contactée : _____ ☐ Mère ☐ Père
 Numéro de téléphone : _____ ☐ OK pour message ☐ Tuteur (trice)
 Maison : _____ ☐ OK pour message
 Cell. : _____ ☐ OK pour message
 Travail : _____ ☐ OK pour message
 Adresse : _____

Informations pertinentes à la demande

Disponible pour la plage horaire suivante ☐ Non ☐ Oui

Difficultés motivant la demande de services : _____

Diagnostic (s) connu (s) / médication : _____

Votre enfant a-t-il :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) un diagnostic de retard mental ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| b) un problème neurologique ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| c) un trouble du spectre de l'autisme ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| d) un trouble du langage modéré ou sévère ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

Référé par : _____

Vous avez entendu parler du groupe par : _____

Quel(s) parent(s) prévoi(en)t être présent(s) aux séances parentales (encerclez : mère et/ou père)

Commentaires et impressions : _____

Information sur l'appel

Nom du membre de l'équipe de recherche : _____

Date de l'appel : _____ (jour/mois/année)

Assignment

☐ Accepté ☐ Refusé Cause du refus : _____

Appel de confirmation par (nom du chercheur) : _____

Date de l'appel de confirmation : _____ (jour/mois/année)

Consentements signés (date) : _____ (jour/mois/année)

Appendice B

Certificat d'éthique



Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Numéro du projet : 2016-87

Titre du projet : Évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'une intervention basée sur la pleine conscience pour des enfants âgés de 8 à 12 ans et leurs parents

Projet subventionné ☐ Projet non subventionné ☒ Projet de maîtrise ou de doctorat ☐

Nom de l'étudiante ou de l'étudiant :

Nom de la directrice ou du directeur :

Nom du ou de la responsable : Véronique Parent

DÉCISION : Favorable ☒ Unanime ☒ Majoritaire ☐
Défavorable ☐ Unanime ☐ Majoritaire ☐

DÉCISION DIFFÉRÉE : ☐

SUIVI ÉTHIQUE :

6 mois ☐ 1 an ☒

ou

sous la responsabilité de la directrice ou du directeur du projet ☐

COMMENTAIRES :

Olivier Laverdière
Président du comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

Date : 28 octobre 2016

Appendice C

Formulaires d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
(à l'attention des parents et des enfants)

Vous et votre enfant êtes invités(e)s à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions en communiquant directement avec les chercheurs dont les coordonnées sont inscrites plus bas. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'une intervention basée sur la pleine conscience pour des enfants âgés de 8 à 12 ans et leurs parents.

Personnes responsables du projet

Véronique Parent, Ph.D., Université de Sherbrooke (chercheuse principale) :

Courriel : _____

Téléphone : _____

Fabienne Lagueux, Ph.D., Université de Sherbrooke :

Courriel : _____

Téléphone : _____

Objectifs du projet

La méditation et la pleine conscience sont deux sujets dont on parle de plus en plus dans l'actualité. La pleine conscience est définie comme un état impliquant de porter volontairement son attention sur le moment présent, sans juger ce qui se passe. À ce jour, différentes études, réalisées principalement chez l'adulte, ont démontré que la pratique de la pleine conscience par le biais d'interventions basées sur la pleine conscience pouvait mener à plusieurs effets bénéfiques, notamment sur le bien-être en général, la gestion du stress et l'attention. Les recherches sur l'enfant sont actuellement en développement et des études demeurent nécessaires pour développer des interventions adaptées à une clientèle d'enfants et en évaluer les effets.

Ce projet de recherche a pour objectif principal d'évaluer une intervention basée sur la pleine conscience pour les enfants âgés de 8 à 12 ans et leurs parents, et ses effets. Plus spécifiquement, nous souhaitons vérifier si l'intervention est adéquate et utile pour les enfants et leurs parents et vérifier les effets sur, (1) la conscience du moment présent des enfants et des parents, (2) les

Initiales du parent du participant : _____

Version 1, datée du 23 janvier 2017

Page 1 sur 6

comportements et émotions au quotidien des enfants et (3) la capacité à penser et réfléchir des enfants (fonctions cognitives).

Nature de la participation

Pour participer à l'étude, votre enfant doit être âgé entre 8 et 12 ans et présenter de l'agitation, de l'impulsivité, de l'inattention, du stress ou des difficultés à gérer ses émotions ou ses comportements. La participation d'au moins un des deux parents est aussi requise.

Plus spécifiquement, l'étude implique de participer pour l'enfant à une intervention de groupe basée sur la pleine conscience visant à entraîner les enfants à devenir plus conscients de leurs émotions, de leurs pensées et de leurs sensations corporelles. L'intervention implique sept séances d'une durée de 90 minutes chacune.

Pour le parent, il est requis de participer aux sept séances d'intervention, également d'une durée de 90 minutes, en plus d'une première séance d'information toujours d'une durée de 90 minutes.

Votre enfant et vous devrez également être disponibles pour deux rencontres supplémentaires, avant et après l'intervention, afin de compléter des tests et questionnaires. Au cours de ces rencontres, votre enfant sera également invité à répondre à des questions dans le cadre d'une entrevue permettant d'évaluer les effets des interventions. Ces rencontres sont respectivement d'une durée de 90 et de 120 minutes. Trois questionnaires vous seront également soumis, à vous et votre enfant, à différents moments au cours de l'intervention.

Les rencontres ont toutes lieu à la Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et en adolescence (CEIEA) de l'Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil.

Avantages pouvant découler de la participation

Les résultats d'études récentes suggèrent que les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) peuvent améliorer, en partie du moins, la façon de gérer certaines émotions et comportements. En participant à une intervention de groupe, vous et votre enfant pouvez également vivre une expérience positive sur le plan social.

Votre participation et celle de votre enfant à ce projet de recherche contribueront également à l'avancement des connaissances entourant les interventions liées la pleine conscience chez l'enfant et ses parents. Ces connaissances permettront de développer et d'améliorer ce type d'intervention.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation et celle de votre enfant à la recherche ne devraient pas comporter de risques ou d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps pour participer aux rencontres liées à l'intervention ou à l'évaluation des effets de l'intervention et de vous déplacer à la Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et adolescence, à l'Université de Sherbrooke – Campus de Longueuil.

Initiales du parent du participant : _____
Version 1, datée du 23 janvier 2017

Page 2 sur 6

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents écrits vous concernant soient détruits?

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Initiales du participant : _____	Initiales des parents du participant : _____

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, les chercheurs responsables de l'étude vous demanderont explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheurs responsables ainsi que leur personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes concernant votre enfant et vous : genre, date de naissance, origine ethnique, expérience liée à la pleine conscience, résultats aux questionnaires complétés, etc.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver son identité et la confidentialité de ces renseignements, votre enfant et vous ne serez identifiés que par un numéro de code. La clé du code reliant son nom au dossier de recherche sera conservée par les chercheurs responsables du projet de recherche.

Les chercheurs principales de l'étude utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier ni d'identifier votre enfant.

Il se peut que certaines des réponses de l'enfant aux entrevues fassent l'objet de retranscription. Le cas échéant, votre enfant sera identifié par un code, protégeant ainsi son identité. Dans ce contexte, autorisez-vous les responsables du projet à citer un passage de l'entrevue ?

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Initiales du participant : _____	Initiales des parents du participant : _____

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Enregistrement audio et visuel

Les réponses fournies par votre enfant au moment des entrevues seront enregistrées sur un support audio. De plus, les séances d'intervention seront filmées sur un support audiovisuel. Les enregistrements nous permettront de considérer tous les détails fournis par votre enfant ou liés à l'intervention et ainsi d'assurer de la qualité des données recueillies. Nous autorisez-vous à procéder à ces enregistrements ?

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Initiales du participant : _____	Initiales des parents du participant : _____

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informés des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant, par le biais d'un court dépliant explicatif. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Utilisation secondaire des données

La quantité des données recueillies pourra servir de matériel pour des questions de recherche qui ne font pas l'objet de cette demande et pourra alimenter, par exemple, des travaux de thèses ou d'autres articles scientifiques.

Initiales du parent du participant : _____
Version 1, datée du 23 janvier 2017

Page 4 sur 6

Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à utiliser les données ici recueillies auprès de vous et de votre jeune, et ce, de manière tout à fait confidentielle?

Oui ☐ Non ☐

Initiales du participant : _____

Initiales des parents du participant : _____

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui ☐ Non ☐

Initiales du participant : _____

Initiales des parents du participant : _____

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec les responsables du projet ou expliquer vos préoccupations à M. Olivier Laverdière, président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : _____ ou par courriel à : _____

Consentement libre et éclairé du parent – volet enfants

Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie), en ma qualité de parent de _____ (nom de votre enfant), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation et de celle de mon enfant au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement que moi et mon enfant participions au projet.

Initiales du parent du participant : _____
Version 1, datée du 23 janvier 2017

Page 5 sur 6

Rappel de la nature de la participation pour l'enfant :

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, j'accepte de prendre part à :

- 7 rencontres de groupe de 90 minutes visant à m'entraîner à être plus consciences de mes émotions, de mes pensées et de ce qui se passe dans mon corps.
- 2 rencontres (de 90 et 120 minutes) où je répondrai à des questionnaires et à des questions d'entrevue sur comment je me sens dans le moment présent. Je ferai aussi différentes tâches papier-crayon ressemblant à que je fais en classe en lien avec mes capacités à penser et à réfléchir.

Signature du parent ou tuteur :

Signature du jeune :

Nom

Nom

Date

Date

Dans le cas où les parents sont séparés :

Je comprends que j'ai la responsabilité d'informer l'autre parent de l'existence de cette recherche et de m'assurer du consentement de ce dernier avant d'y faire participer mon enfant. Je comprends également que je peux lui fournir les coordonnées des chercheuses principales afin qu'il puisse s'informer du présent projet de recherche.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheuse principale de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheuse principale de l'étude : _____

Initiales du parent du participant : _____
Version 1, datée du 23 janvier 2017

Page 6 sur 6



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (à l'attention des intervenants)

Vous êtes, en tant qu'intervenant, invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions en communiquant directement avec les chercheurs dont les coordonnées sont inscrites plus bas. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'une intervention basée sur la pleine conscience pour des enfants âgés de 8 à 12 ans et leurs parents.

Personnes responsables du projet

Véronique Parent, Ph.D., Université de Sherbrooke (chercheuse principale) :

Courriel :

Téléphone :

Fabienne Lagueux, Ph.D., Université de Sherbrooke :

Courriel :

Téléphone :

Objectifs du projet

La méditation et la pleine conscience sont deux sujets dont on parle de plus en plus dans l'actualité. La pleine conscience est définie comme un état impliquant de porter volontairement son attention sur le moment présent, sans juger ce qui se passe. À ce jour, différentes études, réalisées principalement chez l'adulte, ont démontré que la pratique de la pleine conscience par le biais d'interventions basées sur la pleine conscience pouvait mener à plusieurs effets bénéfiques, notamment sur le bien-être en général, la gestion du stress et l'attention. Les recherches sur l'enfant sont actuellement en développement et des études demeurent nécessaires pour développer des interventions adaptées à une clientèle d'enfants et en évaluer les effets.

Ce projet de recherche a pour objectif principal d'évaluer une intervention basée sur la pleine conscience pour les enfants âgés de 8 à 12 ans et leurs parents, et ses effets. Plus spécifiquement, nous souhaitons vérifier si l'intervention est adéquate et utile pour les enfants et leurs parents et vérifier les effets sur, (1) la conscience du moment présent des enfants et des parents, (2) les

comportements et émotions au quotidien des enfants et (3) la capacité à penser et réfléchir des enfants (fonctions cognitives).

Nature de la participation

En plus de l'animation des séances d'intervention, votre participation à l'étude nécessite principalement que vous complétiez, après chacune des séances d'intervention, un journal de bord visant à recueillir votre perception sur le déroulement des séances. Le temps requis est d'environ 20 minutes.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche contribuera principalement à l'avancement des connaissances entourant les interventions liées la pleine conscience chez l'enfant et ses parents. Ces connaissances permettront de développer et d'améliorer les interventions basées sur la pleine conscience.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps pour compléter les documents requis.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents écrits vous concernant soient détruits?

Oui ☐ Non ☐

Initiales du participant : _____

Initiales des parents du participant : _____

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, les chercheurs responsables de l'étude vous demanderont explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, les chercheurs responsables ainsi que leur personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes vous concernant : genre, date de naissance, perceptions par rapport à l'intervention, etc.

Initiales du participant : _____
Version 1, datée du 23 janvier 2017

Page 2 sur 5

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom au dossier de recherche sera conservée par les chercheurs responsables du projet de recherche.

Les chercheurs principales de l'étude utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Enregistrement audio et visuel

Les séances d'intervention seront filmées sur un support audiovisuel. Les enregistrements nous permettront de considérer tous les détails liés à l'intervention et ainsi d'assurer de la qualité des données recueillies. Nous autorisez-vous à utiliser ces enregistrements aux fins de la présente recherche ?

Oui ☐ Non ☐

Initiales du participant : _____

Résultats de la recherche et publication

Vous serez informés des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, le cas échéant, par le biais d'un court dépliant explicatif. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Utilisation secondaire des données

La quantité des données recueillies pourra servir de matériel pour des questions de recherche qui ne font pas l'objet de cette demande et pourra alimenter, par exemple, des travaux de thèses ou

d'autres articles scientifiques.

Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à utiliser les données ici recueillies auprès de vous, et ce, de manière tout à fait confidentielle ?

Oui ☐ Non ☐

Initiales du participant : _____

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui ☐ Non ☐

Initiales du participant : _____

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec les responsables du projet ou expliquer vos préoccupations à M. Olivier Laverdière, président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : _____ poste (ou sans frais au _____), ou par courriel à : _____

Consentement libre et éclairé de l'intervenant

Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des

questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Initiales du participant : _____
Version 1, datée du 23 janvier 2017

Page 4 sur 5

Signature de l'intervenant :

Nom

Date

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheur principale de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheur principale de l'étude : _____

Appendice D

Questionnaire d'informations générales

Code : _____
(à compléter par le chercheur)



QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

S'il vous plaît, veuillez répondre aux questions suivantes qui ont seulement pour but de mieux connaître l'environnement dans lequel évolue votre l'enfant.

1. Votre lien de parenté avec l'enfant qui participe à cette recherche :
☐ Mère
☐ Père
☐ Autre, s.v.p., précisez : _____
2. Date de naissance de l'enfant (jour/mois/année) : _____
3. Âge de l'enfant : _____ ans
4. Genre de l'enfant : ☐ Fille ☐ Garçon
5. Année scolaire : ☐ 3^e année ☐ 4^e année ☐ 5^e année ☐ 6^e année ☐ Secondaire 1
6. Est-ce que l'enfant est né au Québec ? ☐ Oui ☐ Non, s.v.p., précisez : _____
7. Quelle est la langue maternelle de :
Enfant : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre, s.v.p., précisez : _____
Mère : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre, s.v.p., précisez : _____
Père : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre, s.v.p., précisez : _____
8. Quelle est la dernière année scolaire complétée par :
Mère : ☐ Secondaire ☐ Collégial ☐ Universitaire ☐ Ne souhaite pas répondre
Père : ☐ Secondaire ☐ Collégial ☐ Universitaire ☐ Ne souhaite pas répondre
9. L'enfant habite avec : ☐ Ses deux parents ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre : _____
10. Quel est votre statut d'emploi ?
☐ Emploi à temps plein ☐ Emploi à temps partiel ☐ Aux études ☐ Autre : _____
11. Quel est le revenu familial du foyer principal de l'enfant ?
☐ Moins de 30 000\$ ☐ Entre 30 000\$ et 60 000\$ ☐ Entre 60 000\$ et 100 000\$
☐ 100 000\$ et plus ☐ Ne souhaite pas répondre
12. Est-ce que l'enfant a déjà reçu des services en psychologie ? ☐ Oui ☐ Non
 - a. Si oui, dans quel milieu (p.ex., Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et adolescence, milieu scolaire, hospitalier, CSSS, Centre jeunesse, pratique privé) ?

 - b. Si oui, quel type de service(s) (p. ex., évaluation, suivi thérapeutique individuel, suivi thérapeutique en groupe) ?

Continuez au verso →

13. Est-ce que l'enfant a une problématique identifiée pour laquelle un diagnostic a été posé ? ☐ Oui ☐ Non

a. Si oui, précisez :

☐ Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

☐ Troubles d'apprentissage (dyslexie ou autre)

☐ Trouble anxieux : _____

☐ Autres : _____

14. Est-ce que votre enfant prend une médication ? ☐ Oui ☐ Non

a. Si oui, précisez : _____

15. Est-ce que vous ou votre enfant avez des allergies alimentaires ?

a. Parent : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

b. Enfant : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : _____

16. Est-ce que l'enfant a de l'expérience en « méditation » ? ☐ Oui ☐ Non

Les exercices de méditation incluent le fait de se concentrer sur sa respiration de quelques secondes à quelques minutes ou de prendre un moment d'arrêt pour prendre conscience des émotions, des pensées et des sensations physiques du moment présent. Différentes activités permettent également de pratiquer la « méditation » au sens plus large (p. ex., yoga, karaté, etc.).

a. Si la réponse est oui :

Précisez le type d'activités pratiquées : _____

Depuis quand ? _____

Fréquence de la pratique : _____

b. À quel point percevez-vous que la pratique de « méditation » de votre enfant a des impacts sur sa vie quotidienne :

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

17. Avez-vous de l'expérience en « méditation » ? ☐ Oui ☐ Non

a. Si la réponse est oui :

Précisez le type d'activités pratiquées : _____

Depuis quand ? _____

Fréquence de la pratique : _____

b. À quel point percevez-vous que votre pratique de « méditation » a des impacts sur votre vie quotidienne :

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement ☐ Beaucoup ☐ Énormément

Merci pour votre collaboration ☺

Appendice E

Feuille de présence

Session : _____

vol.

Séance d'intervention²

SVP, indiquer : P (présent) ou A (absent, spécifier la raison)

¹ À spécifier par l'intervenant (p. ex., automne 2016).

2 À spécifier par l'intervenant, le chiffre pour le volet enfants (1 à 7) ou la lettre pour le volet parental (A à G) correspondant à chaque séance d'intervention.

Appendice F

Questionnaire d'évaluation de la satisfaction (QÉS)

Code : _____
(à compléter par le chercheur)

Questionnaire d'évaluation de la satisfaction (QÉS)¹
Groupe d'intervention basé sur la pleine conscience – volet parental
 Session : _____²
 Séance : _____³

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire. Vos réponses, commentaires et suggestions nous permettront d'améliorer l'intervention.

Contenu	Évaluation			
	en désaccord		en accord	
1. Le thème de la rencontre est intéressant.	1	2	3	4
2. Les objectifs de la rencontre sont clairs.	1	2	3	4
<i>Que pensez-vous du thème et des objectifs de la rencontre ?</i>				
Moyens	en désaccord		en accord	
3. La présentation sur (à spécifier par le chercheur) est intéressante.	1	2	3	4
4. L'exercice (à spécifier par le chercheur) favorise l'apprentissage.	1	2	3	4
5. Les discussions m'apportent beaucoup.	1	2	3	4
6. Le résumé de la « séance enfant » facilite l'accompagnement de mon enfant.	1	2	3	4
7. Le manuel du parent est utile.	1	2	3	4
8. Le matériel utilisé (illustrations, métaphores, enregistrement audio, etc.) est clair.	1	2	3	4
<i>Que pensez-vous des activités proposées et du matériel utilisé ?</i>				
Animation	en désaccord		en accord	
9. Les animateurs favorisent la participation.	1	2	3	4
10. Les animateurs connaissent bien la matière.	1	2	3	4
11. Le temps disponible est bien utilisé.	1	2	3	4
12. Mes idées et émotions sont respectées par les animateurs.	1	2	3	4
Continuez au verso →				

¹ Ce questionnaire est tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison : programme multi-propulsions – volet parents*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.

² À spécifier (p. ex., automne 2016).

³ Inscrire « Séance d'information » ou lettre correspondant à la séance.

2

<i>Quelles sont vos impressions par rapport à l'animation et au rôle de chaque animateur ?</i>				
Climat de groupe	<i>en désaccord</i>		<i>en accord</i>	
13. Mes idées et mes émotions sont écoutées par les autres parents du groupe.	1	2	3	4
14. Les échanges se déroulent dans un climat agréable.	1	2	3	4
15. Je sens que je fais vraiment partie du groupe.	1	2	3	4
<i>Quelles sont vos impressions concernant le climat de groupe :</i>				
Utilité / satisfaction globale	<i>en désaccord</i>		<i>en accord</i>	
16. J'ai appris des informations / habiletés utiles aujourd'hui.	1	2	3	4
17. Globalement, je suis satisfait (e) de la rencontre.	1	2	3	4
<i>Quelles sont vos impressions générales par rapport à la séance ?</i>				

Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié durant cette rencontre ?

Autres commentaires / suggestions d'améliorations :

Merci pour votre collaboration !

Appendice G

Journal de bord (JB)

Journal de bord des intervenants
Intervention basée sur la pleine conscience pour les enfants et leurs parents

Session : _____¹

Séance : _____²

Cochez : ☐ volet pour enfants ou ☐ volet parental

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire. Vos réponses, commentaires et suggestions permettront d'améliorer l'intervention.

Items	Évaluation			
	Totallement insatisfait	Plutôt insatisfait	Plutôt satisfait	Totallement satisfait
Quel est votre niveau de satisfaction par rapport :				
1. Au thème général ?	1	2	3	4
2. Aux objectifs spécifiques ?	1	2	3	4
3. Aux moyens et au matériel utilisés (p. ex., psychoéducation, exercices, discussions de groupe, matériel pour le parent) ?	1	2	3	4
4. À votre prestation comme animateur ?	1	2	3	4
5. À la co-intervention ?	1	2	3	4
6. Au climat de groupe et à la participation (enfants ou parents) ?	1	2	3	4
Quelles sont vos impressions générales par rapport à la séance ?				
Quelles sont vos impressions concernant le climat de groupe et la participation (enfants ou parents) ?				
Que pensez-vous du thème et des objectifs de la rencontre ?				
Que pensez-vous des activités proposées et du matériel utilisé ?				
<i>Continuez au verso →</i>				

¹ À spécifier (p. ex., automne 2016).

² Inscrire « Séance d'information » ou lettre correspondant à la séance.

2

Quelles sont vos impressions par rapport à l'animation et au rôle de chaque animateur ?				
Items (seulement pour les intervenants du volet parental)	Évaluation			
À quel point trouvez-vous que vous avez été capable de :	Totalement incapable	Plutôt incapable	Plutôt capable	Totalement capable
7. Observer ce qui se passait durant la rencontre ?	1	2	3	4
8. Décrire ce qui se passait durant la rencontre ?	1	2	3	4
9. Agir en pleine conscience ?	1	2	3	4
10. Faire preuve de non-réactivité ?	1	2	3	4
11. Faire preuve de non-jugement et d'acceptation ?	1	2	3	4
Quelles sont vos impressions quant à votre capacité à être pleinement conscient durant la rencontre (seulement pour les intervenants du volet parental) ?				

Selon vous, quels sont les points positifs qui ressortent de la rencontre ? _____

Quelles améliorations apporteriez-vous à cette rencontre ? _____

Sur une échelle de 1 à 10, quelle est votre appréciation générale de la rencontre ?

Peu satisfait					Très satisfait				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Merci pour votre collaboration !

Appendice H

Grille d'observations (GO)

Grille d'observations
Groupe d'intervention basé sur la pleine conscience – volet parental
 Session : _____ 1
 Séance : _____ 2

	<i>Adhérence au contenu</i>					<i>Adhérence au temps</i>			<i>Participation des parents (niveau d'enthousiasme)</i>			
		Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	Prévu (en minutes)	Réel (en minutes)	Différence ?	Null	Faible	Bon	Excellent
Thème de la séance	Le thème général de la séance est présenté.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N	N/A			
Objectifs³	L'objectif XX est travaillé durant la séance.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N				
	L'objectif XX est travaillé durant la séance.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N				
	L'objectif XX est travaillé durant la séance.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N				
Activit�s⁴	L'activité XX est réalisée durant la séance.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N	1	2	3	4
	L'activité XX est réalisée durant la séance.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N	1	2	3	4
	L'activité XX est réalisée durant la séance.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N	1	2	3	4
	L'activité XX est réalisée durant la séance.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N	1	2	3	4
	L'activité XX est réalisée durant la séance.	1	2	3	4			$\Delta =$ O / N	1	2	3	4
<i>Continuez au verso →</i>												

¹ A spécifier (p. ex., automne 2016).

² Inscrive « Séance d'information » ou lettre correspondant à la séance.

³ A spécifier pour chaque séance. Indiquer autant d'objectifs que nécessaire (voir le plan de la séance).

⁴ A spécifier pour chaque séance. Indiquer autant d'activités que nécessaire (p. ex., présentation, psychoéducation, discussion de groupe, exercice - voir le plan de la séance).

Commentaires : _____

Merci pour votre collaboration !

Appendice I

Questionnaire d'évaluation de l'utilité (QÉU)

Questionnaire d'évaluation de l'utilité (QÉU)¹
Groupe d'intervention basé sur la pleine conscience (IBPC) – volet parental
Session : HIVER 2017

Merci de prendre le temps de répondre à ce questionnaire. Vos réponses, commentaires et suggestions nous permettront d'améliorer l'intervention.

Évaluation de l'utilité du volet parental				
Précisez jusqu'à quel point vous êtes d'accord ou non avec les énoncés suivants :	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait en accord
1. En général, le volet parental est utile.	1	2	3	4
2. J'ai appris des choses importantes en participant au volet parental.	1	2	3	4
3. Le volet parental m'a permis de bien comprendre l'intervention à laquelle mon enfant participe.	1	2	3	4
4. Le volet parental a facilité l'accompagnement de mon enfant quant à sa participation à l'intervention.	1	2	3	4
5. Le volet parental m'a permis de me familiariser avec la pleine conscience.	1	2	3	4
6. Je suis davantage en mesure de porter attention à mon enfant lorsque je suis avec lui.	1	2	3	4
7. J'ai l'intention de continuer à pratiquer à être pleinement conscient dans ma vie quotidienne avec mon enfant.	1	2	3	4
8. Je recommande aux parents de participer au volet parental.	1	2	3	4
Indiquez vos commentaires par rapport à l'utilité du volet parental :				
<i>Continuez au verso →</i>				

¹ Ce questionnaire est tiré et adapté de Bogels, S. et Restifo, K. (2014). *Mindful parenting : a guide for mental health practitioners*. New York, NY : Springer et de Semple, R.J. et Lee, J. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children : a manual for treating childhood anxiety*. Oakland, CA : New Harbinger Publications, Inc.

2

Évaluation des changements suite à la participation au volet parental				
Est-ce quelque chose a changé par rapport aux éléments suivants :	Changement négatif	Aucun changement	Un peu de changement positif	Changement positif
9. Ma capacité à prendre soin de moi ?	1	2	3	4
10. Mon stress et mes frustrations comme parent ?	1	2	3	4
11. La gestion de mes émotions (colère, tristesse, peur) dans les situations parentales difficiles ?	1	2	3	4
12. La qualité de la relation avec mon enfant ?	1	2	3	4
13. Mon sentiment de confiance par rapport à mes habiletés et pratiques parentales ?	1	2	3	4
14. Ma capacité à porter attention à mon enfant ?	1	2	3	4
15. Ma capacité à faire preuve de non-jugement et d'acceptation envers mon enfant ?	1	2	3	4
16. Ma capacité à agir avec mon enfant en fonction de mes valeurs ?	1	2	3	4
Selon vous, quels autres changements se sont produits suite à votre participation au volet parental ?				

Autres commentaires / suggestions :

Merci pour votre collaboration !

Appendice J

Five Facets Mindfulness Questionnaire – en français (FFMQ)

Document retiré pour respect du droit d’auteur